

أساليب الإرشاد النفسي

الدكتور
عبد الفتاح الخواجه

Psychological Counseling



info.daralbedayah@yahoo.com
خبراء الكتاب الجامعي

أساليب الارشاد النفسي

الدكتور

عبد الفتاح الخواجة

الطبعة الأولى

2010م /1431 هـ

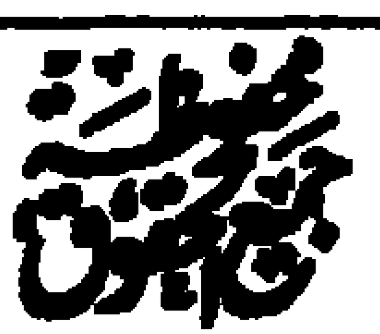


دار البداية ناشرون وموزعون

المملكة الأردنية الهاشمية
رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية (2009/9/4072)

158.3
الخواجة ، عبد الفتاح
اساليب الارشاد النفسي / عبد الفتاح"محمد سعيد" الخواجة
. _ عمان: دار البداية ناشرون وموزعون ، 2009.
(   ) ص.
ر.أ: (40 / 9 / 2009)
الواصفات: / الارشاد النفسي /

* إعدادت دائرة المكتبة الوطنية بيانات الفهرسة والتصنيف الأولية
*يتحمل المؤلف كامل المسؤولية القانونية عن محتوى مصنفه ولا يعبر هذا المصنف عن راي دائرة المكتبة الوطنية او أي جهة حكومية اخرى .



الطبعة الأولى

2010م / 1431 هـ



دار البداية ناشرون وموزعون
عمان - وسط البلد
هاتف: 4640679 6 962+ تلفاكس: 4640597 6 962+
ص.ب 510336 عمان 11151 الأردن
Info.daralbedayah@yahoo.com
مختصون بإنتاج الكتاب الجامعي
ISBN: 978-9957-521-06-6 (ردمك)

الإهـــــداء ......

إلى الأبناء .... في كل وطننا العربي الكبير

إلى كل العاملين في تنشئة الأجيال

إلى كل طلبة العلم والباحثين

إليكم جميعاً أهدي عملي هذا

المؤلف

بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمة الطبعة الأولى

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على الرسول النبي الهادي الأمين وبعد:

هذا كتاب في أساليب الإرشاد النفسي والتربوي الأكثر استخداماً في هذا الميدان، وإنني أردت خلال هذا الكتاب تزويد الأخ القارئ بتوضيح وافٍ لهذه الأساليب، ثم ركّزت على الجانب التطبيقي لها.

إننا في وطننا العربي الكبير بحاجة إلى توظيف ثمار ونظريات علم النفس في ميداننا التربوي وأن يكون الإرشاد النفسي مركزاً للعملية التربوية، لما لهذا العلم من دور في نمو شخصية الطالب وفهم قدراته وحاجاته، وإرشاده نحو تحقيق التكيف الإيجابي النشط ونحو تحقيق ذاته وفقاً لقدراته وحاجاته وميوله واتجاهاته.

إن الإرشاد التربوي هو أيضاً علم يفيد الآباء ويسهّل عليهم التعامل مع أبناءهم من خلال المعرفة والتوظيف لهذا العلم، وذلك بهدف تربيتهم التربية التي تنهض بهم نحو بناء التكامل لشخصياتهم وعقولهم وأفكارهم.

إن أبناء اليوم هو رجال الغد مستقبل الأمة، والتربية تنظر باستمرار نحو المستقبل، المستقبل الذي نريد آن نصنعه اليوم، لطفل اليوم وطالبه وشابه، كل هذا بهدف أن نكون قد مهدنا الطريق أمام الأجيال للوصول إلى ذروة عطائها.

تناولت في هذا الكتاب الأساليب السلوكية والمعرفية التي يمكن استخدامها من قبل المرشد والمعلم وولي الأمر ... وهذه الأساليب قد عززتها البحوث التجريبية، حيث أنها فاعلة يمكن استخدامها بسهولة سواء على مستوى الإرشاد الفردي أم الإرشاد الشخصي.

وأخيراً أسأل الله أن أكون قد وفقت في هذا العمل ......

والله من وراء القصد

المؤلف

بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمة الطبعة الثانية

بعد تقديم الشكر الجزيل للملاحظات الواردة من طلبة العلم، والأفاضل الأساتذة في الجامعات، وبعد مراجعة الكتاب.

أردت أن تصدر هذه الطبعة وقد اشتمل الكتاب على أساليب جديدة أخرى في الإرشاد النفسي، بالإضافة إلى تعديلات هامة إثرائية على ما احتواه الكتاب من فصول، كما تمت عملية تلافي بعض الأخطاء المطبعية فيه، كما تمت إضافة فصل أسلوب نظرية ((دولارد وميلر)) في التعزيز، وفصل أسلوب النمنجة.

وإنني أرجو التوفيق من الله في تقديم كل ما هو مفيد وهام في مجال الأساليب الإرشادية النفسية والتي تخدم القارئ سواء أكان طالباً جامعياً أم مثقفاً وراغباً بالإفادة من هذه الأساليب في سبيل تحقيق سعادته في بناء سلوكيات هو راغب فيها، أو التخلص من سلوكيات هو غير راغب فيها ....

والله من وراء القصد

د. عبدالفتاح الخواجه

الفصل الأول

أسلوب التعزيز

1- مفهوم التعزيز

2- تصنيف المعززات

3- أشكال المعززات

4- اختيار المعززات

5- العوامل المؤثرة في فعالية التعزيز

6- جداول التعزيز

7- استخدامات التعزيز

8- العقود السلوكية

9- التعزيز الرمزي

الفصل الأول
أسلوب التعزيز

التعزيز:

يستخدم الثواب والعقاب في حياتنا اليومية على نحو واسع لما ينتج عنها من آثار على السلوك، ويكرس الكائن البشري جزءاً كبيراً من نشاطاته اليومية في محاولة منه للحصول على الخبرات التعزيزية وتجنب الخبرات العقابية لمعرفته الأكيدة بأن السلوك المرغوب متبوع بالاستحسان في العادة، في حين يتلو ويلحق العقاب السلوك غيرِ المرغوب فيه.

إن التعزيز هو الحادث أو المثير أو الإجراء الذي يؤدي إلى زيادة احتمال تكرار حدوث الاستجابة موضوع التعزيز، أي الاستجابة التي سبقت التعزيز مباشرة، فالتعزيز لا يحدث إلاّ إذا أدى المثير الذي حدث بعد السلوك إلى تقويته، وهناك من يسمي التعزيز بالتدعيم.

إن التعزيز لا يقوي السلوك فحسب، وخاصة التعزيز الإيجابي بل غالباً ما يولد لدى مستقبله شعوراً جيداً وحسناً، وهو من الأساليب التي تؤدي إلى زيادة في معدل حدوث السلوك.

هناك دراسات عديدة أوضحت فاعلية التعزيز في تشكيل وتعديل السلوك البشري، فقد أوضحت بعض الدراسات أن أقوى المتغيرات التي تؤثر في سلوك الطلبة داخل غرفة الصف هو انتباه المعلم (Teacher Attention)، وكذلك دراسة شوت وهوبكنز (Schutt and Hopkins) التي أوضحت أن الأطفال سينفذون التعليمات إذا تم تعزيزهم على ذلك، وأن احتمالية إتباعهم للتعليمات سوف تصبح ضعيفة إذا رأوا أن نتائج إتباعهم أو عدم إتباعهم للتعليمات سوف تلقى عدم التعزيز (الانتباه).

ويعود الفضل لتطوّر مبدأ التعزيز للعالم (ب. ف. سكينر Skinner والذي يعد الأب الفعلي للنظرية السلوكية المعاصرة. هذا ويميز سكينر بين نوعين من السلوك هما:

1- السلوك الاستجابي: ويتمثل في أنماط الاستجابات التي تستجرها المثيرات السابقة والقبلية المنبهة لها، ومن الأمثلة على هذا النوع من السلوك إغماض جفن العين عند تعرضها لنفحة هواء، والضوء يؤدي إلى تقلص بؤبؤ العين.

2- السلوك الإجرائي: وهو يتكون من الإجراءات التي تصدر عن الفرد على نحو تلقائي دون أن تكون محكومة بمثيرات قبلية معينة، ويعرف السلوك الإجرائي بآثاره على البيئة، فهناك مثيرات قبلية تهيئ الفرصة لظهوره تسمى بالمثيرات التميزية، وقد يلي السلوك الإجرائي المثيرات الإيجابية كالمعززات بأنواعها فتعمل على تقوية السلوك، وقد تلي السلوك مثيرات عقابية تعمل على إضعاف السلوك، وقد تليه مثيرات حيادية لا تؤدي إلى إضعافه أو تقويته.

مراجعة الأدب السابق:

هناك دراسات عديدة أوضحت فاعلية التعزيز في تشكيل وتعديل السلوك، مثلاً دراسة (بيرس وريسلي 1974)، والتي أجريت في أحد الأحياء الفقيرة في ولاية كاناس في أمريكا على مركز ترفيهي تم إنشاؤه لأهل المنطقة، حيث خلصت الدراسة إلى أنه يمكن زيادة عدد الأعضاء المشتركين، من خلال استخدام الترفيه الإضافي كمعزز لمن يسجل مشترك جديد عن طريقه.

غير أنه كانت بداية التعزيز منذ عهد إدوارد ثورندايك (1874-1949) واضع مبدأ الأثر (Law of Effect)، حيث أوضح أن التعليم يشمل تكوين روابط بين المثيرات والاستجابات وهذه الاستجابات تعتمد على النتائج

وهذا تأكيد منه على الدور الحاسم الذي تلعبه المكافآت (Rewards) في عملية التعليم (1931).

ثم استند كلارك هل (Clarck Hull) في تطوير نظريته في التعزيز إلى بحوث (بافلوف) حول الاشراط الكلاسيكي وبحوث (ثوارانداك) حول التعليم بالمحاولة والخطأ، ثم جاء (سكينر) 1904-1992 والذي يعتبر الأب الفعلي للسلوكية الراديكالية وبنى جل أعماله وبحوثه وتجاربه على مبدأ التعزيز.

خلال عقد الخمسينات، كانت هناك دراسات عديدة على فاعلية التعزيز، منها دراسة (لندسلي Lindslely 1953) التي أوضحت الأثر البالغ للتعزيز الإيجابي على سلوك مجموعة من المرضى كانوا يعانون من اضطرابات نفسية ذهانية.

وفي عقد الستينات، طوّر (تيودر أيلون) Ayllon برامج التعزيز الرمزي لمعالجة الاضطرابات النفسية والسلوكية، ثم لقد عمل (شارلز فيرستر) Charles Ferster لسنوات عديدة مع سكينر فيما يتصل بجداول التعزيز. وكان من الذين اشتهروا بدراساتهم على التعزيز الرمزي أيضاً (آرثر ستاتس) Arther Steats. ثم في العام 1965 ظهرت دراسات (بريماك) Premack حول مبدأ التعزيز أو ما يعرف بمبدأ الجدة.

ومن الدراسات الأولى التي استخدمت التعزيز الرمزي بتعديل السلوك الصفي دراسة (Brinbrauer Lowler)، والتي أجريت على مجموعة من الأطفال المعوقين، حيث كانت المعززات الرمزية تعطى عند تأدية المهمات التعليمية والدخول إلى غرفة الصف بهدوء، وقد حسنت هذه الأساليب سلوك (37) طالباً من أصل (41) طالباً.

لقد استخدم (ميراليس وآخرون) Miralles برنامج التعزيز الرمزي في الصف لإزالة ومحو الاضطرابات السلوكية عند أطفال الروضة مثل السلوك العدواني والنشاط الزائد على عينة من (12) طفلاً ومعدل أعمارهم (5ر4)

سنة وأثبتت المعالجة فعالية البرنامج في تقليل تلك السلوكيات عند الأطفال.

1- مفهوم التعزيز Reinforcement

إن التعزيز من أهم المفاهيم السلوكية التي قدمها (سكينر) ويعرّف التعزيز بأنه: ذلك الإجراء الذي يؤدي فيه حدوث السلوك إلى توابع إيجابية أو إلى إزالة توابع سلبية، الشيء الذي يترتب عليه زيادة احتمال حدوث ذلك السلوك في المستقبل في المواقف المماثلة. يسمى المثير الذي يحدث بعد السلوك فيؤدي إلى تقويته بالمعزز Reinforcer.

ويعرّف التعزيز وظيفياً أي من خلال نتائجه على السلوك، فإذا أدت توابع السلوك إلى زيادة احتمال حدوثه في المستقبل، تكون تلك التوابع معززة، ويكون ما حدث تعزيزاً، فالتعزيز لا يحدث إلاّ إذا أدى المثير الذي حدث بعد السلوك إلى تقويته.

1-1: التعزيز الإيجابي Positive Reinforcement

هو ذلك الإجراء الذي يزيد من قوة الاستجابة أو احتمالية حدوثها في المستقبل في المواقف المتشابهة، إن الاستجابة سوف تقوى من خلال إضافة شيء للموقف، ويسمى ذلك الشيء الذي نضيفه معززاً موجباً، والتعزيز الإيجابي يحدد في ضوء آثاره على السلوك، وهنا لا نستطيع دائماً التنبؤ مسبقاً بما سيقوم بدور المعزز الإيجابي، ومن ثم يجب أن ننتظر لنرى ماذا يحدث في أي حالة فردية، لأن المبدأ الذي تقوم عليه حالات التعزيز الإيجابي هو تقوية السلوك، وأن السلوك يزداد حدوثه بوجود معزز إيجابي يتبعه.

إن المعزز الإيجابي يختلف عن المكافأة (Reward)، فالمعزز الإيجابي يزيد من قوة الاستجابة، بينما المكافأة هي أي حدث أو موضوع يعرف على

أنه سار، مرضي ومرغوب وتأثيره قد يكون فقط على المشاعر، والمكافأة قد تقوي السلوك وقد لا تقويه، وإذا لم يكن للشيء الذي فعلناه أي أثر على السلوك فلا نستطيع القول أن التعزيز قد حصل.

إن الأمثلة على التعزيز الإيجابي كثيرة جداً في حياتنا اليومية، فالثناء على الطالب عند تأديته لوظيفته المدرسية على نحو جيد، وتقبيل الوالد لطفله أو الابتسام له بعد تأديته لسلوك مرغوب فيه، كلها أمثلة على التعزيز الإيجابي.

1-2: **التعزيز السلبي** Negative Reinforcement

إن باستطاعتنا أن نعمل على تقوية السلوك من خلال إزالة مثير بغيض أو مؤلم، بعد حدوث السلوك المرغوب فيه مباشرة، وهذا الإجراء يسمى بالتعزيز السلبي، فالاستجابة تقوى من خلال إزالة شيء ما من الموقف، وفي مثل هذه الحالات يسمى الشيء الذي أزيل بالمعزز السالب أو المثير المنفر (Aversive Stimulus)، والأمثلة على التعزيز السلبي في الحياة اليومية كثيرة، فتناولنا لحبة (ريفانين) في حالة الصداع، وتخفيف السائق للسرعة عند معرفته بوجود (رادار) على الطريق، وكذلك ابتعادنا عن مصدر الإزعاج، كلها أمثلة على التعزيز السلبي، فجميعها تشمل تجنب مثيرات بغيضة مما يؤدي إلى زيادة احتمال التصرف على هذا النحو في الظروف المماثلة مستقبلاً.

إن التعزيز السلبي هو أقل استخداماً في برامج تعديل السلوك من التعزيز السلبي، لأنه يشتمل على استخدام مثيرات تجنبية ويؤدي إلى التجنب، وغيرها من السلوكيات غير المناسبة، فالطالب الذي جرّب شدة عقاب المدرسة مثلاً قد يبدأ بخلق الأعذار، كالتداعي بالمرض مثلاً لتجنب الذهاب إلى المدرسة وفي حصة ما خاصة في حالة عدم التحضير لهذه الحصة.

إن المثيرات المنفردة قد تعمل عمل المعززات السالبة إذا كان إزالتها يزيد من قوة الاستجابة، أو قد تعمل عمل العقاب إذا كان وجودها يقلل من قوة الاستجابة.

والجدول التالي يبين حالات التعزيز .

	مثيرات إيجابية	مثيرات سلبية
إضافة	تعزيز (+)	عقاب (1)
إزالة	عقاب (2)	تعزيز (-)

(+) إضافة مثيرات إيجابية مرغوب فيها لدى الفرد بعد السلوك، يسمى تعزيز إيجابي.

(1) إضافة مثيرات سلبية غير مرغوب فيها لدى الفرد بعد السلوك، يسمى عقاب درجة أولى.

(2) إزالة مثيرات إيجابية مرغوب فيها لدى الفرد بعد السلوك، يسمى عقاب درجة ثانية.

(-) إزالة مثيرات سلبية غير مرغوب فيها بعد السلوك، يسمى تعزيز سلبي، ويسمى سلبي هنا لأننا أزلنا المثيرات غير المرغوب فيها، ولكنه بالنسبة للفرد تعزيز وتدعيم لسلوكه المرغوب فيه.

يعتقد (سكينر) أنه من المؤسف أن تتأثر المظاهر السلوكية الاجتماعية لدينا بالتعزيز السلبي، وفي مجتمع أفضل حالاً فإن سلوكنا سيتأثر بالتعزيز الإيجابي بدلاً من التهرب من المثيرات المنفردة، أو محاولة تجنبها، وأن اللجوء إلى المعززات السالبة بكثرة لضبط السلوك دليل على أن التنشئة في المجتمع غير فعالة.

2- تصنيف المعززات

2-1: المعززات الأولية والمعززات الثانوية

المعزز الأولي:

هو ذلك المثير الذي يؤدي بطبيعته إلى تقوية السلوك دون خبرة سابقة أو تعلم سابق، وهو أيضاً يسمى بالمعزز غير الشرطي أو المعزز غير المتعلم، ومن الأمثلة على المعززات الأولية الإيجابية: الطعام، الشرب، الدفء والحنان، وهذه المعززات تشبع حاجة عند الإنسان. أما المعززات السلبية الأولية كالصدمة الكهربائية، ووخزة الدبوس.

المعزز الثانوي:

هو ذلك المثير الذي يكتسب خاصية التعزيز نتيجة لاقترانه بالمعززات الأولية، ولهذا فهو يعرف بالمعزز الشرطي أو المعزز المتعلم.

يسمي (سكينر) المعززات الشرطية التي ترتبط بأكثر من معزز أولي واحد بالمعززات المعممة، ومن الأمثلة على المعززات الثانية المعمّمة كالنقود، حيث أنها تقترن بمعززات أولية، ولذا فهي تعمل بمثابة معززات في مواقف مختلفة.

إن التعاطف والموافقة والانتباه من الآخرين هي جميعها أمثلة على معززات شرطية فعالة، فكثيراً ما نسلك على نحو يوفر لنا قبول الآخرين، أو الحصول على موافقتهم أو انتباههم.

يمكن استخدام المعززات الأولية والثانوية في عملية التعلم، فنستخدم المعززات التي تؤكل أو يتم شربها مع الأطفال الصغار، أو مع ذوي القدرات المنخفضة في التعلم، أو عندما يكون الطفل في بداية تعلم سلوك جديد وبالطبع يكون استخدامها مؤقتاً للأطفال، أي في بدايات تعلمهم للسلوك كي يتم تسريع تعلمهم ثم يحل محلها تدريجياً المعززات الثانوية الاجتماعية.

2-2: المعززات الطبيعية والمعززات الاصطناعية

من الممكن أيضاً تصنيف المعززات إلى معززات طبيعية ومعززات اصطناعية، فالمعززات الطبيعية هي التوابع ذات العلاقة المنطقية بالسلوك، مثل: الابتسام والثناء على إجابة الطالب الصحيحة.

أما المعززات الاصطناعية مثل: إعطاء المعلم للطالب نقاط ممكن أن يتم استبدالها بأشياء يحبها الطالب.

3- أشكال المعززات

1-3: المعززات الغذائية

لقد أوضحت الكثير من الدراسات خاصة في مجال تعديل سلوك الأطفال ذوي الحاجات الخاصة -المعاقين عقلياً- أن المعززات الغذائية ذات أثر بالغ في السلوك إذا ما كان إعطاؤها للفرد متوقفاً على تأديته لذلك السلوك.

إحدى المشكلات التي تواجه المعالج عند استخدام المعززات الغذائية هي مشكلة الإشباع[1]، أي أن المعززات تفقد فعاليتها، ويمكن التغلب على ذلك بالتنويع فيها مع مراعاة تفضيل الفرد المسترشد، أي ما يفضله ويرغب فيه من معززات كذلك تجنب إعطائها بكميات كبيرة، ويجب إقرانها بمعززات اجتماعية كالثناء والابتسام، من أجل استبدالها بالمعززات الاجتماعية في أسرع وقت ممكن.

---

[1] الإشباع هو وصول الفرد إلى حالة عدم طلب المزيد من المعزز.

3-2: المعززات الاجتماعية

المعززات الاجتماعية [1] عبارة عن معززات رصيدنا منها لا حدود له، ومن الأمثلة عليها: التعابير كالابتسام والضحك، والإيماء بالرأس والتصفيق. وكذلك الاقتراب، كالجلوس بجانب التلميذ أثناء مشاركته للرحلة. وكذلك الاتصال كالملامسة والتربيت على الكتف والمصافحة، وكذلك الامتيازات مثل: عرض أعمال الطالب الجيدة أمام الصف، أو تعيينه عريفاً للصف، وكذلك كلمات وعبارات مثل: (هذا عمل ممتاز، جيد، حسن، هذه صحيح، أحسنت ... بارك الله فيك ... أبدعت).

تمتاز هذه المعززات الاجتماعية بأنها مثيرات طبيعية يمكن تقديمها بعد السلوك الجيد مباشرة، ونادراً ما يؤدي استخدامها إلى الإشباع، لهذا يكثر استخدامها في برامج تعديل السلوك.

3-3: المعززات النشاطية

وهي نشاطات معينة يحبها الفرد، حيث يسمح له بالقيام بها حال تأديته للسلوك المرغوب فيه، مثل السماح للطفل بمشاهدة برنامجه التلفزيوني بعد القيام بأداء واجباته الدراسية.

لقد وضع هذا المبدأ (بريماك) حيث أن أي نشاط يفضله الطالب ويكرر ممارسته برغبة وتطوع يمكن أن يستخدم كنشاط معزز للنشاط الذي نادراً ما يقوم به.

---

[1] المعززات الاجتماعية، معززات يقدمها الأشخاص على شكل الفاظ أو سلوكيات غير لفظية داعمة بعد قيامهم بالسلوك المرغوب، وهي مثيرات طبيعية.

3-4: المعززات المادية

تشمل المعززات المادية الأشياء التي يحبها الفرد مثل: اللعاب، والقصص، والصور، والتذاكر، وأقلام الألوان ...الخ.

3-5: المعززات الرمزية

هي المعززات الرمزية القابلة للاستبدال بمعززات أخرى، وهي رموز معينة (كالنقاط والنجوم أو الفيش أو الكوبونات أو التذاكر ...الخ)، يحصل عليها الفرد عند تأديته للسلوك المراد تقويته ويستبدلها فيما بعد بمعززات أخرى.

دراسات على التعزيز:

أوضحت الدراسات العلمية العديدة أن أقوى المتغيرات التي تؤثر في سلوك الطلبة في غرفة الصف هو انتباه المعلم، كأن يعبّر لفظياً عن إعجابه وتقديره، أو الابتسام والإيماءات التي تعبّر عن الرضا. ففي دراسة قام بها (ايلين وآخرون) Allen على طفلة في الرابعة من عمرها، وكانت المشكلة السلوكية لديها (عدم التفاعل الاجتماعي مع الأطفال الآخرين في الحضانة)، وعوضاً عن ذلك كانت تحظى بانتباه المعلمين من خلال سلوكيات مختلفة بعد أن تم ملاحظة الطفلة لعدة أيام:

* افتراض الباحثون أن انتباه المعلمين لها هو المعزز لاستمرارية انعزالها عن الأطفال الآخرين في الحضانة.
* قرروا أن يجعلوا انتباه المعلمين لها متوقفاً على تفاعلها مع الأطفال الآخرين.
* صمّم الباحثون نظام ملاحظة يسمح لهم بتسجيل نسبة تفاعل الطفلة مع الأطفال الآخرين، ونسبة تفاعلها مع المعلمين.
* قاموا بقياس سلوكيات الطفلة قبل العلاج – الخط القاعدي الأول.

* بدأوا بالعلاج في اليوم السادس طلبوا من المعلمين الانتباه للطفلة مباشرة عندما تقترب من الأطفال الآخرين أو تلعب معهم، وتجاهلها تماماً عندما تلعب وحدها أو تحاول الاقتراب من المعلمين.

* استمر العلاج لمدة (6) أيام زاد خلالها نسبة تفاعل الطفلة مع الأطفال الآخرين.

* توقف الباحثون عن المعالجة لمدة (5) أيام – مرحلة الخط القاعدي الثانية.

* عادوا واستخدموا طريقة العلاج مرة ثانية لمدة (9) أيام – مرحلة العلاج الثانية.

* في مرحلة الخط القاعدي الثانية، قلّت نسبة تفاعل الطفلة مع الأطفال من جديد، وازدادت نسبة تفاعلها مع المعلمين، وعاد ذلك فتغير في مرحلة العلاج الثانية، واستمر على هذا النحو في مرحلة المتابعة.

4- إختيار المعززات

يكون الشيء معززاً إذا عمل على تقوية السلوك بالفعل، لذلك لا نستطيع أن نقول بأن هذا الشيء معززاً لهذا الشخص إلاّ إذا تبين لنا أن ذلك الشيء يزيد من احتمالية حدوث سلوك الشخص في المستقبل، ولا نقول أن هذا الشيء معززاً قبل استخدامه. فالمعززات المناسبة هي المعززات المحتملة والتي نتوقع أن تؤدي وظيفة تعزيزية، والمعيار للحكم على كون الشيء معززاً أم لا، هو تجربته ومراقبة نتائجه على السلوك/ كذلك فإن ما يكون معززاً لشخص ما قد لا يكون بالضرورة معززاً لشخص آخر.

إن لكل شخص معززاته، وهذا يعتمد على خبراته وتفاعلاته مع بيئته، وهناك عدة طرق لتحديد المعززات المحتملة المناسبة للفرد الواحد:

1- اسأل الفرد عما يحبه، ماذا يحتاج، ماذا يحب؟ ومن الممكن تقديم ذلك كتابياً أو على شكل استبانة، وممكن أيضاً الاستفسار من الأشخاص المهمين في حياته عن ذلك.

2- لاحظ الشخص، من خلال مراقبة سلوكه ونتائج ذلك المعزز، كذلك معرفة النشاطات المحببة عنده، والتي عادة ما يكررها بكثرة. لقد استخدم Bear نشاط مشاهدة برامج الكرتون لتعزيز الأطفال عندما لا يقومون بمص أصابعهم.

5- العوامل التي تؤثر في فعالية التعزيز

فيما يلي بعض العوامل الهامة والتي تؤثر في فعالية التعزيز يجب أخذها بعين الاعتبار من قبل المرشد أو المعالج النفسي:

1- فورية التعزيز:

يجب تقديم التعزيز مباشرة بعد حدوث السلوك، خاصة وأن التأخر في تقديم المعزز قد ينتج عنه تعزيز سلوكيات غير مستهدفة، ولا نريد تقويتها، وعندما لا يكون ممكناً تقديم المعزز مباشرة بعد حدوث السلوك المستهدف، فإنه ينصح بإعطاء الفرد معززات وسيطية، كالمعززات الرمزية بهدف الإيحاء للفرد أن التعزيز قادم.

2- انتظام أو ثبات التعزيز:

يجب أن لا يتصف التعزيز بالعشوائية، ومن المهم تعزيز السلوك بتواصل في مرحلة اكتساب السلوك، ثم في مرحلة المحافظة على استمرارية السلوك ننتقل إلى التعزيز المتقطع.

3- كمية التعزيز:

يجب تحديد كمية التعزيز الذي سيعطى للفرد، اعتماداً على نوع المعزز، وفعاليته، والانتباه لعدم حصول إشباع عند الفرد.

4- مستوى الحرمان – الإشباع:

كلما كان حرمان الفرد أكبر، كان المعزز أكثر فعالية، أما الإشباع فيشير إلى الحالة التي أخذ فيها الفرد المعزز إلى المدى الذي لا يعود معه المعزز معززاً، وهنا نقدم قدراً بسيطاً من المعزز حتى لا يحصل الإشباع.

5- درجة صعوبة السلوك:

كقاعدة عامة كلما زادت درجة تعقيد السلوك، أصبحت الحاجة إلى كمية كبيرة من التعزيز أو إلى نوع أكثر فاعلية من المعززات التي يرغبها الفرد (موضوع التعزيز).

6- التنويع:

إن استخدام معززات متنوعة أكثر فاعلية من استخدام معزز واحد، ثم أن استخدام أشكال مختلفة من المعزز نفسه أكثر فعالية من استخدام شكل واحد منه.

7- الجدة Novelty:

الشيء الجديد يحمل في طياته خاصية التعزيز أحياناً، أي أن يكون المعزز متجدداً أو متنوعاً، -فيه نوع من التجديد- خوفاً من حصول الإشباع.

ولزيادة فعالية التعزيز يتم إتباع الخطوات التالي:

1- عرّف السلوك الذي ستعززه تعريفاً إجرائياً.

2- كافئ السلوك بعد حدوثه مباشرة.

3- كافئ السلوك بتواصل في البداية، ومن ثم اعمل على إخفاء التعزيز تدريجياً.

4- لا تستخدم المعزز نفسه مرة تلو المرة، بل استخدم أشكال متنوعة.

5- وضح للفرد الظروف التي ستعززه فيها، أي متى؟ وأين؟ وكيف يتم حصوله على المعززات.

6- استخدم مثيرات تمييزية مناسبة.

7- استخدم المعززات المناسبة للفرد.

8- استخدم كمية التعزيز المناسبة اعتماداً على:

أ- مستوى حرمان الفرد من المعزز.

ب- نوع المعزز المستخدم.

جـ- الجهد الذي يبذله الفرد لتأدية السلوك المستهدف.

6- جداول التعزيز Schedules of Reinforcement

إن العلاقة بين السلوك والتعزيز قد تكون معقدة، فالسلوك المرغوب فيه يعزز في بعض الأحيان وليس دائماً، وتسمى القواعد التي يتم تنظيم العلاقة بين السلوك والمعززات بناء عليها بجداول التعزيز.

إن أي وصف أو تفسير للسلوك لا يكون قد اكتمل إلاّ إذا اشتمل على تحديد جداول التعزيز[1] التي يخضع لها، خاصة وأنها نماذج لتوقيت تقديم المعززات. إن جداول التعزيز نوعان رئيسيان هما:

* جداول التعزيز المتواصل.

* جداول التعزيز المتقطع.

---

[1] يقوم معدل السلوك بإجراءات تنظيمية، يحدد فيها طبيعة ونوع السلوك المرغوب فيه، ثم ما هي المعززات المستخدمة، وكيف سيتم إعطائها للفرد موضوع التعزيز.

6-1: جداول التعزيز المتواصل

تعني تقديم المعزز في كل مرة يحدث فيها السلوك المستهدف إذ يتم تقديم المعززات عند ظهور الاستجابة المناسبة في الموعد المحدد باستمرار (1:1)، أي لكل استجابة واحدة تعزيز واحد. وجدول التعزيز هذا عندما يكون الهدف مساعدة الفرد على اكتساب سلوكيات جديدة.

ويستخدم هذا التعزيز بفاعلية في تعزيز السلوك الجديد وخاصة مع الصغار والأفراد ذوي الإعاقات، وذلك لتشكيل سلوكيات مناسبة لديهم، وكذلك في تعلم الأطفال اللغة، وقد ينطفئ السلوك المتعلم نتيجة لوقف التعزيز، وهذه سيئة الاعتماد فقط على هذا النوع من التعزيز ثم أنه يتطلب جهداً، قد يجعل عملية تعديل السلوك صعبة ومكلفة ومرهقة.

6-2: جداول التعزيز المتقطع "المعدلي" Ratio

إن هذه الجداول تعني تقديم تعزيزاً للسلوك المرغوب بشكل متقطع، أي على نحو غير متواصل، إن معظم السلوكيات الإنسانية تخضع لجداول تعزيز متقطع في الحياة اليومية.

يستخدم هذا النوع من التعزيز ويكون الأفضل في حالة كون الهدف من تعديل السلوك هو المحافظة على استمرارية السلوك وتصبح هذه السلوكيات أكثر مقاومة للانطفاء، ثم أن تقليل التعزيز تدريجياً ليصبح عدد الاستجابات المطلوبة أو الفترة الزمنية التي يجب أن تمر للحصول على المعزز أكثر فأكثر يزيد من احتمال استمرارية السلوك.

وهناك نوعان من جداول التعزيز المتقطع هما:

1- جداول الفترة[1] والتي تعتمد على مرور الوقت.

2- جداول النسبة والتي تعتمد على عدد الاستجابات.

---

[1] جدول الفترة: جداول الزمن، يكون فيها التعزيز متوقفاً على مرور زمن محدد.

وقد تأخذ جداول التعزيز المتقطع الأشكال التالية:

أ- النسبة الثابتة:

وهنا يكون تقديم المعززات متوقفاً على حدوث عدد معين من الاستجابات، حيث يتم تعزيز الفرد بعد تأديته لذلك العدد منها فقط. مثل سلوك بائع الصحف الذي يعطى 10 فلسات عن كل 10 صحف يبيعها.

يمتاز السلوك الذي يخضع لجداول تعزيز ذو نسبة ثابتة هي أنه يحدث بنسبة عالية ومروره بفترة خمود[1] بعد كل مرة يحدث فيها التعزيز.

ب- النسبة المتغيرة Variable Ratio:

يشبه النوع الأول (النسبة الثابتة) إلاّ أن هناك فرقاً واحداً وهو أن عدد الاستجابات المطلوبة للحصول على التعزيز في هذا الجدول ليس ثابتاً بل يتغير، ولكنه يتراوح حول متوسط معين.

مثلاً: يعزز الفرد بعد تأديته للسلوك المستهدف خمس مرات (كما هو حال جدول النسب الثابتة) ثم نقوم بتعزيزه بعد مرة ما يؤدي السلوك المستهدف (5) مرات، ومرة بعد (10، 15، 10، 20) (المتوسط 12 استجابة للحصول على التعزيز).

لا يستطيع الفرد أن يتنبأ بموعد التعزيز، لذلك لا يمر السلوك بفترة خمود بعد التعزيز.

إن السلوك الذي يخضع لهذا الجدول يكون قوياً وثابتاً ومن الصعب انطفاؤه، فهو يولد نشاطاً ويعمل على اختفاء فترات الاسترخاء.

جـ- الفترة الزمنية الثابتة Fixed-interval Schedule:

التعزيز هنا يتوقف على مرور فترة زمنية محددة، ويقدم المعزز لأول استجابة تحدث بعد مرور تلك الفترة من الزمن. مثلاً يمكن أن تعزز

---

[1] أي فترة نقصان في معدل حدوث السلوك -انخفاض- لمعدل السلوك.

الاستجابة بعد دقيقتين لكن إذا لم تحدث الاستجابة لا يتم تقديم التعزيز إلاّ بعد حدوثها.

إنه أسلوب سهل الاستخدام، فهو لا يتطلب منا حساب عدد المرات التي يحدث فيها السلوك، وكل ما نحتاجه هو التوقيت فقط. إن فترة الخمود التي يمر بها السلوك تحد من فعالية هذا الجدول، فالسلوك لا يتصف بالقوة والثبات.

د- الفترة الزمنية المتغيرة Variable Interval:

هنا يتم التعزيز بعد فترات زمنية متغيرة (تتراوح حول متوسط محدد). مثال على ذلك هو قيام المعلم بإعطاء امتحانات فجائية، ففي هذه الحالة ستختلف دراسة الطالب جذرياً عن دراسة الطلبة الذين يخضعون لجدول الفترة الثابتة، إن هذا الجدول قد يكون الأنسب للاستخدام في الغرف الصفية، وأن السلوك الذي يخضع لهذا الجدول من الصعب جداً إطفاؤه، فلا تحدث هنا فترات خمود للسلوك كون الفرد لا يستطيع أن يتنبأ بموعد حدوثه.

لتوضيح إجراءات هذا الجدول مثلاً، يقدم التعزيز بعد مرور أربع دقائق مثلاً، وبعدها ممكن أن يغير معدل السلوك هذا الجدول إلى 7 أو 10 دقائق وهكذا، والمهم هو أن يتم تأدية الاستجابة المطلوبة حتى يحصل الفرد على التعزيز.

بعض جداول التعزيز المستخدمة في البحوث المخبرية، أي البحوث التجريبية تكون صعبة ومعقدة، ولا تتصف بالبساطة وتسمى بجداول التعزيز المعقدة ومن أمثلتها:

1- جداول التعزيز التي تحدث مقترنة بها:

يتم تطبيق جدولين أو أكثر من جداول التعزيز بشكل مستقل لتعزيز سلوكين أو أكثر، مثال: يمكن تعزيز الطفل باستخدام جدول معين عند

تأديته لواجباته المدرسية وتعزيزه باستخدام جدول آخر لتشجيعه على التفاعل الإيجابي، والمشاركة مع الأطفال الآخرين.

2- جداول التعزيز المتعددة:

يستخدم الباحث جدولين مختلفين من جداول التعزيز على نحو متتالي لتعزيز السلوك المرغوب فيه نفسه، وفي العادة يكون التعاقب عشوائياً، إذ يتم تطبيق جدول واحد في كل فترة زمنية إضافة إلى التحكم بمثير تمييزي معين يظهر مع الجدول، مثال على ذلك الطفل الذي يعلمه والده في البيت، ويعلمه معلمه في المدرسة مع مجموعة من الأطفال، ويكون التعزيز في حالة التعليم الفردي عنه مختلفاً في حالة التعليم الجماعي داخل غرفة الصف.

3- جداول التعزيز المتعاقبة:

وهنا جداول التعزيز لا تتعاقب عشوائياً، بل تحدث وفق تسلسل ثابت ومعين، مثلاً تعزيز الحلقة الأولى من السلسلة السلوكية يتمثل في ظهور الحلقة الثانية، وتعزيز الحلقة الثانية يتمثل في ظهور الحلقة الثالثة وهكذا، أي أن الشخص معدل السلوك يقسّم السلوك إلى أجزاء، ويقوم بتعزيز كل جزء بعد حدوثه، إلى أن يصل إلى السلوك النهائي المرغوب فيه.

7- استخدامات التعزيز

يستخدم التعزيز بشكل فعال في مجالات عديدة، ويمكن أن يستخدمه المعلم والمرشد، وولي الأمر، والوالدين، شريطة إتباع الشروط السابقة.

1- التعلم الحركي: خاصة في مجال تعليم الحركات الجديدة، مثل: الرقص، الرياضة، الأداء ....الخ.

2- تعليم المهارات: مثل المهارات الرياضية، المهارات الشخصية، المهارات الاجتماعية.

3- تعليم المفردات: وتعلم اللغة والنطق وهكذا.

4- تعلم السلوك الجديد وتعديل سلوكيات موجودة.

5- التشكيل بأنواعه، أي يشكل سلوكيات جديدة مرغوب فيها.

التطبيقات العلاجية للتعزيز:

لقد استخدم التعزيز في تعديل وعلاج مشاكل عديدة تمتد من الأنماط السلوكية اليومية العادية للأطفال إلى أنماط سلوكية أخرى مثل انحراف الأحداث، والمشاكل الجنسية ومشاكل تأكيد الذات، والتبول اللاإرادي والوسواس والأفعال القهرية والإدمان واضطرابات الأكل والنوم والاكتئاب، كذلك يمكن القيام بتعديل بعض السلوكيات (العادات غير المناسبة) عند الذهانيين والعصابيين.

8- العقود السلوكية Behavior Contracting

التعاقد السلوكي هو أحد الوسائل الفعالة التي تستطيع من خلالها استخدام التعزيز بشكل منظم بهدف تسهيل عملية التعلم، وزيادة الدافعية، وهو عبارة عن تنظيم العلاقة بين المعالج والمتعالج من خلال عقد مكتوب يتفق عليه الطرفان ويتعهدان بالالتزام ببنوده.

أما العقد السلوكي فهو اتفاقية مكتوبة توضح العلاقة بين المهمة التي سيؤديها الفرد والمكافأة التي سيحصل عليها نتيجة لذلك.

أول من وصف هذا الإجراء هو (لويد هومي) Liyod Homme، وهذا الإجراء يستخدم في حياتنا اليومية، فالأم التي ستقول لابنها سآخذك إلى

مدينة الألعاب الترويحية مثلاً إذا عملت جيداً في الاختبار النهائي، فالتعاقد السلوكي يستند إلى مبدأ (بريماك) أو قانون بريماك[1].

والتعاقد السلوكي يخلو من التهديد والعقاب، وهو يساعد الفرد على تحمل المسؤولية خلال مشاركته في اختبار السلوكيات المستهدفة وتحديد المكافآت المناسبة، ثم أن هذا أيضاً دليل على أن تعديل السلوك لا يتحقق بالإكراه أو بالإرغام، وهذا أيضاً تأكيد على الأسس الأخلاقية في هذا المنحى العلاجي.

أشارت العديد من الدراسات إلى فعالية التعاقد السلوكي، وكثرى استخداماته في مجال تدريب الأهالي.

<u>والعقد السلوكي يحتوي على:</u>

1- المهمة المطلوبة من الفرد تأديتها، أي السلوك المرغوب لدى الفرد.

2- المكافأة التي سيحصل غليها حال تأديته لتلك المهمة، مثل مكافأة مادية، رحلة، ...الخ.

3- تحديد هذين العنصرين يتم بالتفاوض بين الطرفين، المرشد أو المعلم أو الأب والطالب.

<u>أما المهمة فتشمل الأجزاء التالية:</u>

1- من هو الشخص الذي يؤدي المهمة والذي سيحصل على المكافأة؟

2- ماذا سيفعل هذا الشخص؟ أي تحديد السلوك تماماً.

3- متى سيقوم الشخص بتأدية المهمة؟ (تحديد الفترة الزمنية).

---

[1] قانون بريماك: أو مبدأ بريماك، تجعل نشاط قليل الحدوث، أو سلوك نريد تأكيده، ونرغب فيه بأن يتعزز من خلال سلوك مرغوب فيه عند الفرد، بحيث يتم السماح للفرد بممارسة المرغوب بعد قيامه بالسلوك الأول المطلوب.

4- ما هي شروط قبول الأداء؟ (ماذا سيفعل الفرد تحديداً) تحديد المعايير للسلوك.

أما المكافأة فيتم توضيح الأمور التالية:

1- من الذي سيحكم على الأداء ويقرر إعطاءه المكافأة؟ هل هو الأب، المعلم، المرشد، المعالج، ...الخ.

2- ما هي المكافأة؟ تحديد المكافأة وفقاً لرغبات الفرد وحجم العمل المطلوب.

3- متى ستعطى المكافأة؟

4- ما هي كمية المكافأة التي ستعطي؟

قواعد كتابة العقود السلوكية:

1- يجب أن يكون العقد مكتوباً بخط واضح (من حيث المعنى) ولا يمكن تأويله.

2- يجب أن ينص العقد على المكافأة التي ستقدم بعد تأدية المهمة مباشرة.

3- أن تحاول العقود السلوكية مساعدة المتعالج على الاقتراب تدريجياً من السلوك النهائي المطلوب.

4- يجب أن يكون واضحاً في العقد أن ما يعزز هو (الإنجاز) وليس الامتثال لقواعد العقد بحد ذاته والهدف أن نعزز الإنجاز، وليس الامتثال للعقد.

5- يجب أن يوضح العقد أن التعزيز لن يحدث إلاّ بعد تأدية السلوك المستهدف.

6- يجب أن يكون العقد عادلاً، بحيث يتم التأكيد من أن المكافأة الموعودة تنسجم مع المهمة المطلوبة.

7- يجب أن تكون بنود العقد واضحة، يفهمها كلا الطرفين.

8- يجب أن تكون بنود العقد مكتوبة بصيغة إيجابية مع تحديد المهمات التي ينبغي على المتعالج تأديتها وليس الانشغال بالمهمات التي عليه الامتناع عنها، مع الابتعاد عن التهديد بالعقاب.

9- يجب الالتزام ببنود العقد بصدق وأمانة حتى النهاية.

10- يجب تعديل بنود العقد إذا اقتضت الحاجة إلى ذلك، ومن ثم صياغة وكتابة الاتفاق الجديد.

إن الهدف النهائي من التعاقد السلوكي هو الوصول بالفرد إلى التعاقد الذاتي، أي ينظم الإنسان ذاته بذاته دون تدخل الآخرين.

9- التعزيز الرمزي Token-Reinforcement

هو مصطلح يشير إلى مجموعة من أساليب تعديل السلوك التي تشمل على توظيف المعززات الرمزية[1] لتحقيق الأهداف العلاجية المنشودة والمعززات الرمزية هي أشياء مادية يمكن توفيرها مباشرة بعد حدوث السلوك من أجل استبدالها في وقت لاحق بمعززات مختلفة.

ومن الأمثلة على المعززات الرمزية: الطوابع، النجوم، قصاصات الورق، الكوبونات، الفيش، القطع البلاستيكية وغيرها. وبالطبع هذه الرموز تكتسب خاصية التعزيز من خلال استبدالها بمعززات أولية أو ثانوية متنوعة تسمى بالمعززات الداعمة[2] ومن خلال توفير معززات متنوعة وكثيرة، والرموز يجب أن تكون مأمونة الجانب، وغير ثمينة، لا تثير الدهشة، وهي وسيلة وليست غاية، وتتصف بأنها لا تتلف بسهولة، وقابلة للتقديم فوراً إلى الفرد المتعالج بعد تأديته للسلوك المرغوب.

---

[1] المعززات الرمزية: معززات تعطى للفرد على شكل قطع مادية يمكن استبداله بمعززات أخرى كالنقود، المأكولات، الرحلات، هدية ...الخ.

[2] المعززات الداعمة: أشياء يحبها الفرد، يحصل عليها بعد استبدال المعززات الرمزية بها.

وبرامج التعزيز الرمزي تسمى أيضاً بالاقتصاد الرمزي كونها تعمل تبعاً لمبدأ العرض والطلب المتمثل في توفير قائمة من المعززات يستطيع الفرد اختيار ما يريده منها إذا استطاع جمع الرموز الضرورية من خلال تأدية السلوك المرغوب فيه. إن الاستخدام المنظم لهذه البرامج مفيد جداً في المدارس، وفي المنازل، ولمختلف الأفراد.

9-1: عناصر برامج التعزيز الرمزي

1- تحديد السلوك المستهدف وتعريفه إجرائياً، أي تحديد دقيق للسلوك موضوع التعديل.

2- اختيار المعززات الرمزية التي ستقدم للمتعالج، أو للطالب أو للفرد.

3- تحديد المعززات الداعمة.

4- تحديد قواعد تنفيذ وتطبيق البرنامج.

وقد أثبتت الدراسات فعالية هذه البرامج التعزيزية، مثل تطبيقها في المدارس والمؤسسات الخاصة، ومراكز التأهيل، والسجون، وغيرها.

ويلجأ المعالجون إلى استخدام التعزيز الرمزي إذا تبين لهم أن المعززات الاجتماعية غير فعالة في تعديل السلوك المستهدف.

9-2: إجراءات تطبيق التعزيز الرمزي

1- تحديد السلوك المستهدف وتعريفه إجرائياً.

2- قياس السلوك المستهدف.

3- اختبار المعززات الداعمة.

4- تحديد المعززات الرمزية.

5- توضيح القواعد التي سيتم إتباعها.

6- تحديد أسلوب وموعد الصرف للمعززات.

7- متابعة تنفيذ البرنامج.

3-9: دراسات على التعزيز الرمزي

يعتبر (وولف وكاوليس وكيلر) Wolf, Cowless, Kelloher من أوائل من استخدموا التعزيز الرمزي، وهناك الكثير من الدراسات فيما يتعلق بالتعزيز الرمزي، منها:

أ- دراسة (دايلو) Dilo: فقد أشارت هذه الدراسة إلى فعالية أسلوب التعزيز الرمزي في موقف العلاج بالموسيقى، وأشارت النتائج إلى زيادة السلوكيات المرغوب بها وتقليل السلوك غير المرغوب فيه.

ب- دراسة (ساند فورد ووبنتل بيك): حيث هدفت الدراسة لتحديد فاعلية التعزيز في ضبط الأعراض الجسمية والسلوكية للذهانيين في المدرسة، كالشتم والشجار والخروج من المقعد. وأشارت النتائج إلى تناقص في هذه السلوكيات مقارنة بالخط القاعدي.

جـ- دراسة (ايلون وبارنز) Aylon and Barnes: في دراستهما والتي تم من خلالها تصميم برنامج مدرسي مدته (19) شهراً للتعزيز الرمزي للمعوقين عقلياً أن للتعزيز الرمزي أثراً في التقدم على المهارات الأكاديمية.

د- دراسة (مفيد حواشيين 1985): واستخدم في دراسته أسلوبي التعزيز الرمزي والعزل في تعديل السلوك العدواني على تلاميذ من المرحلة الابتدائية (6-12) سنة، حيث أكدت النتائج فاعلية أسلوب التعزيز الرمزي في تعديل سلوكيات الأطفال.

4-9 تطبيق على التعزيز الرمزي

1- اختيار أفراد الدراسة، مثلاً: أفراد معاقين، طلاب شعبة صفية يعانون من سلوك فوضوي يمارسونه داخل الصف ...الخ.

2- استخدام قائمة محددة بدقة لرصد السلوكيات غير المرغوب فيها وتحديد هذه السلوكيات بدقة، من حيث المكان الذي تحدث فيه، والزمان (متى ... وأين .... وكيف؟).

3- تحديد التعريف الإجرائي للسلوك المستهدف والمرغوب في تعديله من قبل الباحث أو معدل السلوك.

4- تدريب المعلمين الذين تم اختيار أفراد الدراسة ضمن صفوفهم.

5- اختيار المعززات الرمزية، وكذلك الداعمة، ووضع قوائم بأسعار المعززات الداعمة.

6- تطبيق التقييم القبلي لمدة أسبوعين، أي تحديد الخط القاعدي بمعنى تحديد للسلوك قبل بدء العلاج.

7- تطبيق العلاج (البرنامج العلاجي) لمدة محددة، مثلاً (6) أسابيع.

8- خلال مرحلة المتابعة، تم التوقف عن العلاج لمدة أسبوعين، ثم الاستمرارية في المعالجة.

خلال مرحلة العلاج يتم إعطاء التعزيز الرمزي (الكوبونات) بشكل مكثف ثم يسمح للطلبة باستبدال *(الكوبونات)* بنفس اليوم في بداية البرنامج بمعدل مرتين، ثم بمعدل مرة كل يوم، ثم بمعدل مرة كل ثلاث أيام، ثم بمعدل مرة كل (5) أيام، ثم مرة كل أسبوع وحتى نهاية البرنامج العلاجي.

والهدف هو تقليل صرف هذه الكوبونات بشكل تدريجي، حيث يتم التركيز على المعززات الاجتماعية مثل: (أشكرك، أحسنت، الاهتمام بالطالب، التصفيق، النظر إلى الطالب، مديح التزام الطالب والثناء عليه).

وكل هذا بهدف ضمان استمرارية السلوك واستمراريته بعد الانتهاء من برنامج التعزيز الرمزي.

الفصل الثاني

أسلوب نظرية دولارد وميلر في التعزيز

Dollard and Miller Theory in Reinforcement

1- أسلوب العلاج النفسي عند دولارد وميلر

2- الأساليب العلاجية أو التكتيكات المستخدمة في العلاج

3- التطبيق النفسي والتربوي

4- أهمية النظرية والتقييم

الفصل الثاني

أسلوب نظرية دولارد وميلر في التعزيز

Dollard and Miller Theory in Reinforcement

وضع هذه النظرية كل من (دولارد وميلر Dollard and Miller، وفيما يلي نبذة عن كل منهما:

:John Dollard

ولد دولارد في Menasha بـ Wisconsin في عام 1900 وحصل على درجة بكالوريوس الآداب من جامعة Wisconsin عام 1922، وتابع دراسته في علم الاجتماع في جامعة Chicago، وحصل على درجة الماجستير في عام 1930، ومن ثم على درجة الدكتوراه في علم الاجتماع في العام 1931 من جامعة (شيكاغو) Chicago. وقد تلقى التدريب في التحليل النفسي في معهد Berlin، وعمل لمدة ثلاث سنوات كأستاذ مساعد لمدير جامعة شيكاغو خلال الأعوام (1926-1929)، وشغل منصب أستاذ مساعد للأنثروبولوجيا في معهد العلاقات الإنسانية في جامعة (ييل) Yale، وقد وضع العديد من المؤلفات في العلوم الاجتماعية والإنسانية والعلاج النفسي، وقد بدأ اهتمامه بالمشكل النفسية عام 1940 بتحليله للخوف، ومن ثم بدأ اهتمامه بالعلاج النفسي في عام 1950.

ودولارد عضو في جمعية New England الغربية للتحليل النفسي، وحصل بتعاونه مع (ميلر) Miller على خبرات ومعرفة واسعة في ممارسة العلاج النفسي، ومن أهم مؤلفاته:

* التغلب على الخوف Victory over Fear.

* الخوف في المعركة Fear in Battle.

* الطائفية والطبقية في مدينة جنوبية Caste and Classis in Southern Town.

* وقد اشترك مع Alice and Allison and Frank في كتاب خطوات في العلاج النفسي Step in Psychotherapy وكذلك في كتاب أطفال العبودية Children Bondage.

Neal Miller:

ولد (ميلر) في Milwaukee في عام 1909 وتعلّم في جامعة Wisconsin، وحصل على درجة البكالوريوس في العلوم عام 1931 من هذه الجامعة، وفي العام 1931 حصل على درجة الماجستير من جامعة Stanford وفي العام 1935 حصل من جامعة Yale على درجة الدكتوراه. وكان عضواً في معهد الدراسات الإنسانية وزميلاً لمجلس بحوث العلوم الاجتماعية، وتدرّب في معهد (فينا) للتحليل النفسي بين عامي (1935-1936)، وعمل موجهاً للأبحاث النفسية في القوات الجوية في الحرب العالمية الثانية. وأثر تدريبه المبكر على طرق العلاج النفسي، وتميز في بحوثه التجريبية والنظرية في اكتساب الدوافع وطبيعة التعزيز ودراسة الصراع.

ومن مؤلفاته في هذا المجال:

* نشر بالتعاون مع هيئة الدراسات الإنسانية عام 1939 كتاب العدوان والإحباط Frustration and Aggression، حيث تناول فيه تفسير الإحباط في ضوء نظرية (S-R) المثير والاستجابة،

* نشر بالتعاون مع Dollard كتابين هما: التعلم الاجتماعي والمحاكاة Social Learning and Imitation، وكذلك كتاب الشخصية والعلاج النفسي Personality and Psychotherapy.

1- أسلوب العلاج النفسي عند دولارد وميلر

إن مريض العصاب الذي يأتي للعلاج أو الإرشاد يكون قد عانى طويلاً، ويكون المقربين منه وأصدقاءه وحتى الذين قاموا بمعالجته قد يئسوا من مساعدته، لأنه بلا شك يكون "فاقداً" للأمل ولا يعرف حتى ماذا عليه أن يعمل، حيث لا يستطيع التعبير عن نفسه بطريقة سليمة.

وبما أن مريض العصاب لا يستطيع حل مشاكله بنفسه ويحتاج إلى شروط جديدة من التعلم للحصول على حياة أفضل، فإن العلاج النفسي يوفر مثل هذه الظروف أو الشروط، وبمعنى آخر فإن طريقة العلاج تتمثل في خلق وضع تطفأ فيه استجابات المسترشد ويتم تحسينها، ومساعدته في اكتساب استجابات سليمة بدلاً من السابقة، حيث يتصف الموقف العلاجي بالتسامح الذي يساعد المسترشد من التخلص من حالة الكبت. ولا بد من الإشارة إلى أن عملية العلاج قد تستغرق جلسات طويلة وصعبة، حيث أن هناك أساليب عديدة ومتنوعة في عملية العلاج، وهناك علاج يتم داخل الجلسات وآخر يتم خارجها.

2- الأساليب العلاجية أو التكنيكات المستخدمة في العلاج

2-1: أسلوب التسامح Permissiveness

في هذا الأسلوب يجب على المعالج أن يتصرف بلباقة، إذ عليه أن يكون متفهماً ومتسامحاً وناظراً للأمور من زاوية مصلحة المسترشد والحرص عليه، ولذلك لا يجوز للمعالج أن يقوم بتوجيه النقد للعميل، أو صدمه ببعض العبارات. وإذا تابع المعالج هذه القاعدة فإن جواً من الثقة بين المعالج والمسترشد يسود الجلسة العلاجية، فيبدأ المسترشد بالحديث عن نفسه بحرية وعن مخاوفه والمواضيع التي يكبتها أو يخفيها، وبالتالي تخف حدة هذه المواضيع.

وإذا حدث وقام المسترشد بتبرير بعض مواقفه فإن على المعالج أن يضع نفسه بعيداً عن هذه المواقف، وهنا يجب الانتباه إلى أن التبرير الذي يقوم به المسترشد ينطبق على الأقوال وليس على الأفعال، ويكون بهذا دور المعالج إزالة الكبت للأفكار وليس تقييد الأفعال المخالفة للمجتمع، ومن هنا نستطيع القول بأن الجو المتسامح والتقبل السائد في الجلسة الإرشادية يساعد المسترشد في التخلص أو التخفيف من الأمور التي يكبتها أو يعاني منها.

2-2: أسلوب المشاركة "التداعي الحر" Free Association

في هذا الأسلوب يتكلم المسترشد بما طاب له من الكلام بشكل لا يؤثر على النقاش العادي، فالمسترشد هنا يذكر كل ما يخطر على باله دون تحفظ، وهذه تعتبر القاعدة الأولى والأساسية في العلاج، ولكن إذا امتنع المسترشد عن الكلام فيحق للمعالج أن يستخدم ما يسمى بقاعدة القوة ضد الخوف، بمعنى أنه على المسترشد أن يضغط على نفسه من أجل كسر شوكة الخوف للعصابي، وإلاّ يبقى المسترشد متعلقاً بعاداته العصبية ولا يستطيع التغلب عليها.

فإذا أراد المسترشد أن ينجح عليه الاعتماد على نفسه، عليه مساعدة المعالج في إعطاء المعلومات المطلوبة منه طواعية وبشكل خاص عند وجود الخوف، وإلاّ فلن يحدث عليه التحسن أو الانطفاء، بمعنى آخر فإن نجاح عملية العلاج في هذا الأسلوب تقع على عاتق العميل. وإلاّ فإن قاعدة المشاركة الحرة لن تكون مجدية ولن تكون سهلة.

وعلى المسترشد أن يبدأ بالمواضيع السهلة والتي لا تؤثر على الانفعال أو القلق وبعدها يبدأ بإعطاء المعلومات الأكثر أهمية، ونتيجة لذلك يخفف الكبت تدريجياً ويجدر الإشارة إلى أنه إذا توقف المسترشد عن الكلام فإن ذلك يساعد المعالج في تحديد موطن المشكلة.

ومن الملاحظ أن هذين الأسلوبين يشكلان القاعدة الأساسية في أسلوب (إزالة الكبت).

3-2: أسلوب المكافآت "التعزيز" Reinforcement

على المعالج في هذا الأسلوب مكافأة المسترشد على كلامه عن طريق الإنصات وإعطاء الانتباه الكامل والصريح لما يقوله بدون تنديد، فإذا تكلم المسترشد دون الموافقة أو المسامحة من قبل المعالج، فإن عملية العلاج تكون بلا فائدة، وعلى المعالج أن يتفهم ما قاله المسترشد في الماضي، ويجب أن يكون هادئاً أمام ثوراته والمواضيع التي يخجل منها، ومكافئة المعالج للعميل تكون بتعبيرات المحبة والاستحسان، فهو يتكلم بطريقة مرنة، ويقترح علاقات معينة، وهو صبور ومتكيف مع العميل، ولا بد من التركيز على أن هذه المكافآت يجب أن تعطى عند تلفظ المسترشد لجمل ممنوعة والتي لا ينطق بها المسترشد إلاّ وهو خائف، وهذه المكافأة تعمل بلا شك على تقليل أو انطفاء الخوف لديه.

ولا بد من الملاحظة أن المخاوف أو المخاطر الحقيقية أو المتصلة بالسلوك الخارج على المجتمع لا تلغيه مثل هذه المكافأة، وعلى المعالج أن يدرك هذه الحالة، ولكنه يمكنه أن يَعِد المسترشد بعدم العتاب على نشاطات كانت ممنوعة وأصبحت الآن غير ممنوعة.

4-2: أسلوب التعامل مع ظاهرة التحول أو النقل Transference

يعطي هذا الأسلوب للمعالج معلومات غير مباشرة عن المسترشد بالإضافة إلى ما حصل عليه في المشاركة الحرة، وفي هذه الحالة على المعالج أن يضع عنواناً أو تسمية خاصة لمثل هذه المعلومات.

والمعالج في مثل هذه الحالة يشبه المعلمين أو الآباء المتقدمين في السن، والذي يسهل على المسترشد عملية تحويل الاستجابات المتعلمة نحو المعالج، وهنا على المعالج تشجيع ظاهرة التحول وتحديد القلق

المتعلق بالحديث عن الأمور الممنوعة، على أساس أن تخفيف القلق أو الخوف من الأمور الممنوعة الذي يوفره المعالج يمكن تعميمه ليشمل المخاوف التي تؤدي إلى كف الاستجابات الانفعالية حتى تظهر هذه الاستجابات وتحول إلى المعالج، وإذا امتنع المسترشد عن العلاج بسبب ردود الفعل الذي يسببها التحول، فإن على المعالج أن يستغل صمت المسترشد ويحاول إقناعه بأن لديه ما يقوله ويشجعه على أن يعود للكلام ثانية، وعن طريق ردود الأفعال التي يتم تحويلها أو نقلها يستطيع المعالج تحقيق أهداف العلاج، ولا بد أن نشير بهذا الخصوص إلى أن الفشل في فهم الظواهر المنقولة هو أحد المصادر الشائعة لدى المتدربين في العلاج النفسي.

2-5: أسلوب التسمية أو العنونة Labeling

على المعالج في هذا الأسلوب أن يساعد المسترشد على تسمية عمليات النقل والمشاركة اللذان يولدان استجابات انفعالية غير مسمية، وحتى يتم ذلك على المعالج أن يفهم مشاعر المسترشد ويعمل على تسميتها لفظياً، ويجب أن تنشمل أحداث استجابات لفظية يربطها بكلمات أو ألفاظ عاطفية أو دلائل بيئية، ويمكن للعميل أن يكتسبها من خلال ثلاث طرق:

أ- على المسترشد أن يفتعل أو يكون الوحدات اللفظية تحت تأثير المشاركة الحرة، ويتم إخماد أو إطفاء القلق الذي يصاحب الاستجابات بتسامح من المعالج، وهنا تزداد الاستجابات بسبب تخفيف القلق، ويجب أن يتم تشجيع المسترشد للقيام بعمل لوحده أثناء العلاج، لكي يتم تدريبه على القيام بعمل ما يريد وأن لا يتم حرمانه من متعة الاكتشاف بنفسه.

ب- على المعالج أن يقوم بدعم وتعزيز استجابات المسترشد الذي يعتقد أنها ضرورية ومناسبة دون أن يتدخل بمشاعره وأفكاره الشخصية،

وعلى المعالج مكافأة المسترشد بطرق مختلفة كأن يقول له أحسنت مثلاً، أو أشكرك ...الخ، وعليه أن يُجمّل ما قاله المسترشد بكلمات وأسئلة وأن يركز انتباهه على استجابات العميل.

جـ- على المسترشد أن يعمل بروفة (أن يتدرب) على الاستجابات التي يتلقاها من المعالج لأن القلق الشديد والدلائل المغطاة بالانفعالات قد تحول بين المسترشد وقدرته على تسمية أو عنونة استجابات بنفسه، وعلى المعالج أن يوفر التسميات المناسبة في الوقت المناسب، ويكافئ المسترشد بتخفيف القلق أو زيادة الأمل في التقدم من قبل المعالج، وهنا نشير إلى أن التسمية الخاطئة قد تخفف من القلق ولكن ليس بشكل دائم، وقد ترتبط التسمية الخاطئة برموز انفعالية أو بيئية أو برموز أخرى.

2-6: أسلوب تعلم التفرقة أو التمييز Teaching the Discrimination

على المعالج هنا، أن يتبنى طرقاً مختلفة لتعليم المسترشد على التمييز، ومنها لفت الانتباه لموطن المشكلة لاستدعاء مثيرات جديدة أو عمليات تمييزية جديدة، ويجب على المعالج أن يستحثه على إعادة فحص المشكلة. وهذا الأسلوب يشبه أسلوب سقراط في التعليم: استعمال كلمة أو تسمية ترتبط مسبقاً بسلسلة من الاستجابات ثم تنتقل هذه الاستجابات إلى وضع جديد يمكن تحديده والإشارة إليه.

فعلى المعالج أن يقوم باستعمال سلسلة من الجمل لتقود إلى استجابات مثمرة، كما أن عليه أن يعزز التمييز من خلال توضيح الفرق بين الماضي والحاضر، والتأكيد للعميل بأن البيئة الحالية تختلف عن البيئة الماضية.

2-7: أسلوب العلاج الواقعي "الذي يتم خارج جلسات العلاج"

في هذا الأسلوب يتم حل مشكلات الحياة الواقعية بسلوك جديد خارج دائرة المقابلات العلاجية، ومن مظاهر هذا السلوك أن يتم تعميم الاستجابات نحو المعالج لتشمل الناس الآخرين، وهذه الاستجابات قابلة للانطفاء أو الاستمرار بحسب ما تعرض له من تعزيز أو عقاب وفي هذه الطريقة يصدر المسترشد استجابات من خلال التفاعل بينه وبين الأشخاص الآخرين، ويلعب هذا الأسلوب الدور البارز في تخفيض عناصر الإحجام، وإذا زادت عناصر الإقدام في حالة الشخص العصابي فإنها تؤدي إلى زيادة الصراع والبؤس، وربما ترك العلاج، وعلى المسترشد هنا ممارسة السلوك العلاجي بنفسه، وقد يُفرض عليه القيام باستجابات عند حدوث العلامات أو الرموز التي هي جزء من عملية العلاج. ويستعمل في ذلك المكافأة والتدعيم. وإذا كان الموقف العلاجي لا يتضمن العناصر الأساسية لتخفيف التوتر فإن المعالج لا يستطيع تقديم المكافآت للعميل لأنها يجب أن تحدث في مواقف الحياة الواقعية، حيث تؤثر طبيعة الحياة التي يعيش فيها المسترشد على نجاح العلاج، ولهذا فإن العلاج في هذا الأسلوب محدود بما يمكن فعله. فالمعالج لا يستطيع تقديم كل ما يتمناه العميل، كما لا يمكن علاج كل أسباب الضعف في التنشئة الاجتماعية ولا بد من الإشارة هنا إلى أن الحلول المقترحة يجب أن تكون ضمن القيم الأخلاقية للمجتمع خوفاً من تحول المسترشد إلى صراع اجتماعي يؤثر على توافقه.

إن جميع هذه الأساليب تؤدي إلى تنشيط العمليات العقلية العليا وخاصة المتعلقة بالتفكير حيث تعمل على إحداث عدة تغييرات هي:

1- القدرة على عمل تفرقة متوافقة تؤدي إلى التقليل من عملية تعميم المثير وإلى التقليل من المخاوف الغير منطقية.

2- القدرة على عمل تعميم متوافق يحسن عملية التعميم الثانوي للمثير محدثاً استجابات متوافقة في المواقف المحددة ثقافياً.

3- توقع الخطر وتقوية السلوك المستبصر في الاستجابات اللفظية وغيرها.

4- التحسن في عمليات التعقل والتخطيط من خلال التعرف على المشكلة الحقيقية وتحديدها بدقة.

5- الاستفادة الجيدة من المخزون الثقافي ومن الحلول المدروسة للمشكلات.

6- الإحجام عن تعطيل أو إعاقة السلوك المضاد للمجتمع من خلال التفكير المنطقي ولذلك فإن التلفظ بالكلمات المكبوتة من الماضي، أو خبرات الماضي لا تؤدي بالضرورة إلى سلوك غير مكفوف، ولكنه يؤدي إلى سلوك يقع تحت ضبط لفظي أفضل.

وعلى هذا الأساس فإن جميع أساليب العلاج تعمل على تحقيق أهداف العلاج التالية:

1- إزالة الكبت من خلال القضاء على الخوف، ووضع ظروف معاكسة له ومرتبطة بموضوع الكبت، ويتمثل ذلك بخلق مواقف جديدة تعاكس موقف الكبت المراد تخفيفه أو إزالته.

2- تعلم وإتقان ظاهرة التحول من قبل المعالج والعميل، ومعرفة استغلال ردود الأفعال الصادرة من المسترشد لأنها تساعد في عملية العلاج.

3- تعلم التسمية أو العنونة والعمل على تحسينها، حيث أن العصابي يحتاج إلى رصيد من الجمل والكلمات.

4- تعلم عمليات التميز أو التفرقة Discrimination حيث تفيد في تخفيف حدة القلق الذي يمنع المسترشد من فعل الاستجابة التي جلبت له العقاب في الماضي (بالربط بين الرموز والمثيرات).

5- تحسن أو تعلم عملية الاستبصار، فالاتجاهات المتسامحة للمعالج من الممكن أن تقلل من خوف العميل، وينتقل ذلك عن طريق التعميم من الموقف العلاجي إلى مواقف أخرى محدثاً تحسناً عاماً.

6- تعليم المسترشد مبدأ المشاركة الحرة خلال الجلسات لأنها تساعد المسترشد في التخفيف من التوتر من خلال الحديث مع المعالج، ولأنها تفيد المعالج في عملية العلاج.

وهذه الأهداف لا يمكن أن تتحقق إلاّ من خلال توافر الشروط التالية:

1- يجب أن يكون الاضطراب الذي يراد تعلمه أو علاجه متعلماً، أي أن لا يكون عضوياً.

2- لا بد أن يكون هناك دافع للعلاج فهو هام في عملية التعلم، فالشخص البائس الشديد المعاناة، يكون أكثر إلحاحاً في طلب العلاج من الشخص الذي يشعر بالرضى عن الذات، ومن يبحث عن العلاج بنفسه يكون أكثر دافعية ممن يرغم عليه ومن يعاني من أعراض لا تحقق له أي كسب أو فائدة قد يكون مدفوعاً أكثر إلى العلاج.

3- كلما عززت الأعراض المرضية بقوة سواء داخل أو خارج الموقف العلاجي كلما قلت فاعلية العلاج.

4- كلما كانت المكافأة المترتبة على الشفاء أو التقدم في العلاج أكبر كلما كان الإقبال على التشخيص والعلاج أفضل.

5- أن تحقيق حد أدنى من التدريب أو التنشئة الاجتماعية من جانب المسترشد يعتبر ضرورياً لأن العلاج النفسي لا يعطي التعليم الأساسي الذي يجب أن يكون قد اكتسب في العائلة، فمثلاً يجب أن يكون لدى الفرد المقدرة على استخدام اللغة والاستجابة لها، وهذا بالطبع مرتبط بذكاء الفرد، فوجود الإمكانات الذكائية تساعد في عملية العلاج.

6- أن تتبع تاريخ العصاب إلى زمن الطفولة أمر غير ضروري، وأخيراً فإن العادات المتداخلة مع العلاج النفسي مثل عدم القدرة على الاستماع أو الحديث بشكل معقول، والشك المطلق والسلبية الزائدة عن الحد، والاعتماد على الغير أو الاستقلالية أو التكبر، كلها تعرقل سير العلاج وتؤثر على فعاليته.

3- التطبيق النفسي والتربوي

لم يوضح Dollard and Miller في نظريتهما عن التعزيز، طبيعة التطبيق التربوي والنفسي وخاصة وأنهم أشاروا إلى وجود قصور في بعض جوانب النظرية. لذلك يمكن استنتاج بعض التطبيقات من خلال الاطلاع على النظرية.

نحن نعرف من خلال ما ذكر أن الصراع الانفعالي هو صراع لا شعوري يبدأ منذ الطفولة، ويتم تعلمه من قبل الوالدين أو بواسطة الأطفال أنفسهم، ولا بد من الإشارة هنا إلى أن أساليب التنشئة تنطوي على تناقضات، وبالتالي فإنها تقود إلى صراعات، فالآباء يختلفون من حيث التناقض أو عدمه في تصرفاتهم، أو من حيث الإيجابية في تدريب أبنائهم، فالأطفال بطبيعتهم عاجزون، وهم بالتالي تحت رحمة النماذج المتناقضة من قبل آبائهم ومدربيهم ومعلميهم، فبدل التعامل مع الطفل بشيء من التسامح والتدريب التدريجي خلال الطفولة، فإنه يعامل بالأساليب القمعية المتناقضة ويكلف بالعديد من المتطلبات، وخاصة التدريب في المواقف الحرجة في الطفولة، وتؤدي مثل هذه الأساليب التي بها يتم التدريب في تلك المواقف إلى نمو استجابات معينة تستمر مدى الحياة، فمثلاً:

* موقف التقدير: قد يعالج بطريقة تؤدي إما إلى التفاؤل أو البلادة، إلى الأمان أو الخوف، إلى الاجتماعية أو القصور الاجتماعي وإلى الخوف من العزلة.

* التدريب المبكر والقاسي على النظافة وضبط الإخراج: والذي يتم من غير معينات لفظية يثير انفعالات قوية من الغضب، والمعارضة والتحدي أو العناد والخوف قد يؤدي إلى القلق، والخنوع أو الشعور بالذنب.

* التدريب الجنسي: قد يؤدي إلى صراعات تسببها المحرمات وألوان القلق الجنسي، والخوف من الجنس الآخر، والصراعات المشتقة من الموقف الأوديبي، ولذلك فإن علاج استجابات الغضب لدى الطفل وصراعات قلق الغضب بسبب ارتباط الخوف بعلامات أو رموز الغضب، ومن هنا يبرز دور المرشد في تدريب الآباء وتزويدهم بالخبرات والمعلومات وبالأساليب المناسبة في كيفية معاملة استجابات الطفل في مثل هذه المواقف حتى لا تؤثر على صحته النفسية وعلى توافقه النفسي.

ويمكن للمرشد أن يقوم بمعالجة الأعراض العصابية التي تظهر لدى الأشخاص يمكن حل المشكلات النفسية التي تنشأ بسبب الضغوط النفسية.

ويمكن للمرشد في المدرسة المساعدة في حل مشكلات الطلاب ومعالجة بعض العادات السيئة باستخدام مفهوم التعزيز والانطفاء، وعن طريق التميز والتفرقة وتسمية المشكلات وتحديدها، ويمكن معالجة الثغرات الشخصية لدى الطالب كالانطواء وسوء التكيف والسلوك اللاإجتماعي ووضع الحلول المناسبة لها.

4- أهمية النظرية والتقييم

في تقييمنا لهذه النظرية سوف يتم التركيز على ما لهذه النظرية من مزايا أو خصائص، وما تم توجيهه إليها من انتقادات.

* لقد قدم Dollard and Miller طريقة مبنية على نظرية التعلم المعززة، واعتمدوا طريقة المزاوجة بين نظرية التعلم والطريقة

الإكلينيكية، حيث تم استخدامها في العلاج النفسي بعد أن تم تطويرها بالتحليل النفسي، وعملت على إبدال مفاهيمها بمفاهيم أخرى، فتم إبدال مفهوم اللذة بمفهوم التعزيز، ومفهوم الأنا الأعلى بمفهوم العمليات العقلية العليا أو الدوافع والمهارات الثقافية المكتسبة.

* لقد أخافت النظرية مفاهيم أخرى مثل مفهوم الكبت، وعملت على توسيع مفهوم الحقيقة بمفهوم حالات التعلم المادي والاجتماعي وتأكدت أهمية التعزيز خارج جلسات العلاج.

* مقارنة أساليب Dollard and Miller بالأساليب التي يتبعها Wolpe and Soltar نجد أن أساليب Dollard and Miller واسعة وشاملة، ولها سلطة، فبدلاً من رفض المظاهر النفسية والاجتماعية مثل طبيعة العلاقة بين المسترشد والمعالج، فهي تشركهما وتدل على تماسك هذه الظواهر بنظرية التعليم.

* هناك نقطة أساسية في الاختلاف بين أساليب Wolpe and Soltar على الافتراض بأن درجة أقوى من درجة المواجهة في قضية التجنب والمواجهة، ففي حالة Dollard and Miller فإنهم يبنون أساليبهم على تخفيف درجة التجنب، ولكن أساليب Wolpe and Soltar تظهر بأنها موجهة نحو زيادة درجة المواجهة ويفسر نجاحهما في:

أ- أن مرضاهم ليسوا من المرضى العصابيين ولكنهم يملكون أعراضاً منفردة واضطرابات محددة يمكن معالجتها بالمواجهة.

ب- أن نجاحهما يعود إلى عناصر علاجية أخرى، مثل جديتهم واهتمامهم المخلص، ولكنهما يوافقان على تخفيف الخوف من خلال العلاقة العلاجية قبل أن يتوقعوا تغير السلوك.

* يؤكد Wolpe على راحة المسترشد عند إدخال سلوك جديد مرغوب فيه في حين يؤكد كل من Dollard and Miller بأن المسترشد يستجيب

عندما يشعر بالخوف عندما لا يتبع السلوك عقاب، فـ Wolpe يؤكد تجديد النشاط بينما Dollard يؤكد الاختفاء.

* Dollard and Miller لا يتفقان مع Wolpe and Soltar في اعتقادهم بأن الأعراض هي اضطراب عصبي وأن إزالة هذه الأعراض مكافئة للعلاج.

* تتميز نظرية Dollard and Miller بوضوح المفاهيم وارتباطها بمفاهيم محددة ويندر استخدامها لصياغات غامضة كالحدس لأنهما يتشددان في تعريف المصطلحات، وبالرغم من هذه الدقة إلاّ أنهم لم يترددوا في معالجة ظاهرات سلوكية معقدة، وأنهم يمثلون دعاة التعلم في معالجة الشخصية، ولقد اهتموا بالمتغيرات الثقافية والاجتماعية اهتماماً أكثر من أصحاب النظريات الأخرى.

* أن ما أبداه أصحاب نظرية المثير والاستجابة (S-R) من تأكيد وظيفة النظرية كموجه للبحث ورغبتهم في إخضاع الخلافات النظرية للاختبار التجريبي يمثلان تفوقاً حاسماً لتلك المجموعة على غالبية أصحاب النظريات الآخرين.

* وتكمن أهمية النظرية في تفسير الشخصية مع الأخذ بعين الاعتبار الحياة التي يمر بها الفرد، وتؤكد المكانة الهامة التي يحتلها عنصر التفاعل بين الفرد وإمكاناته واستعداداته وبين الشروط المحيطة به، وهي تؤكد ما هو متعلم في بناء الشخصية ومكانه اللاشعور في حفظ الخبرات المتعلمة التي يؤدي ظهورها إلى تهديد الشخص.

وبالرغم مما لهذه النظرية من أهمية إلاّ أنه قد وجهت لها العديد من الانتقادات هي:

* أن نظرية التعزيز قد بالغت في تبسيط المسائل تبسيطاً زائداً فيما يتعلق بالسلوك حيث اعتبرت السلوك الإنساني عبارة عن مجموعة من ردود الأفعال إزاء المثيرات. وهي تقييد من الدوافع الثانوية أو المكتسبة

في تفسير السلوك ولكنها لا توضح طبيعة هذه الدوافع وكيف نمت عن الدوافع الأولية.

* أنها تعبر عن دراسة السلوك بطريقة جزئية، وهذا نقد يوجهه من قبل أصحاب النظريات الكلية Holistic ويقولون أنه لا يمكن فهم السلوك الإنساني والتنبؤ به بدون النظر إلى الكائن باعتباره كلاً متكاملاً، ولكن يرد أصحاب نظرية (S-R) على هذا النقد بأنه ليس في نظريتهم ما يقرر بأن المتغيرات التي درستها تعمل بمعزل بعضها عن بعض، فالتفاعل بين هذه التغيرات مأخوذ به في هذه النظرية، والقول بأهمية الكليات دون تحديد معناها هو موقف غامض يجعل هذه الكليات غير قابلة للدراسة.

* أن أصحاب هذه النظرية ينقسمون على أنفسهم حوله مسألة أساسية وهي: هل يتبنون مفاهيم وفروض وتأملات لا تنتمي لخطهم الفكري مثل الكبت والتداعي الحر والصراع والقلق وما ينتمي إلى التحليل النفسي، وأن هناك من دعاة التعلم يرفضون الابتعاد عن مبادئ التعلم إلى مثل هذه التغيرات أمثال Bandura و Skiner.

* أن أحد الانتقادات الهامة هي أن النظرية تعرضت لمفهوم الكبت، ولكن عملية الكبت نفسها لم تلق المعالجة الكافية.

* أن هذه النظرية قد تمت على سلالات من الحيوانات تبعد كثيراً عن الكائن البشري، وهم يدافعون عن هذا الانتقاد على اعتبار أن البحوث التي أجريت على الحيوانات هي مجرد خطوة على الطريق لفهم السلوك البشري.

* أن هذه النظرية لا تقدم تفسيرات مناسبة للمثير والاستجابة، ولا يناسبان الراشد إلاّ بعد فهم الواقعية السلوكية محل التساؤل.

* أن هذه النظرية ليس لديها ما تقوله فيما يتعلق بأبنية الشخصية واكتسابها، ولهذا السبب فقد لجؤوا إلى نظرية التحليل النفسي، ويشير

هذا الاعتراض إلى أن نظرية المثير والاستجابة ليست سوى نظرية جزئية حيث أنها تتناول عملية التعليم في عزلة عن نتائجها، وأن المكونات الثابتة في الشخصية تعتبر عنصراً مهماً في فهم السلوك الإنساني.

* أن هذه النظرية لا تزيد عن كونها تحسين الفطنة الشائعة، فمن السهل للشخص العادي أن يعتبر للسلوك محدوداً بسلسلة من العلاقات بين المثير والاستجابة.

* أن الافتراضات المتعلقة بأهمية التعزيز تتفق مع الافتراضات التي يصل إليها الملاحظ غير المدرب فيما يتعلق بمحددات السلوك.

* النقد الرئيسي والهام هو أن Dollard and Miller يقدمان أفكارهما كفروض وليس كمبادئ متفق عليها، ويدعم هذا النقد أنهم اعترفوا بأن هناك ثغرات في كتابهم حول هذا الموضوع واعتبروه غير مناسب للعلاج النفسي حيث وعدوا بتقديم كتاب يكمل النقص ويحل المشكلات التي لم تحل بعد، ولكن هذا الوعد لم يتحقق ولا بد من الإشارة هنا أن كتابهما لم يلق الاهتمام الذي يستحقه من المختصين في الإرشاد والعلاج النفسي، مع العلم أنه أحد الأساليب القليلة في الإرشاد والعلاج النفسي.

الفصل الثالث

الضبط الذاتي

1- تمهيد

2- المقصود بالضبط الذاتي

3- مبادئ الضبط الذاتي

4- العوامل المؤثرة في الضبط الذاتي

5- دور المعالج في برامج الضبط الذاتي

6- خطوات الضبط الذاتي

7- فاعلية أسلوب الضبط الذاتي

8- دراسة حالة مطبقة على أسلوب الضبط الذاتي (السمنة)

الفصل الثالث

الضبط الذاتي

1- تمهيد

تختلف الأساليب العلاجية التي تتطلب توجيهاً وتدخلاً كبيراً من قبل شخص آخر غير المسترشد (معالج، مدرس، صديق) وفي بعض الحالات المتطرفة فإن المؤسسات العلاجية تقوم بتوفير فرص الضبط السلوكي المنظم للعملاء.

وهناك العديد من مشكلات الحياة اليومية التي يصعب ضبطها من خلال الأساليب الأخرى. فالسلوك الجنسي غير المناسب الشاذ هو مثال على السلوكيات المشكلة التي تبدو غير شائعة، بحيث لا يكون من المناسب تعديله من قبل أشخاص آخرين. ومن ناحية أخرى فقد يكون السلوك المشكل جزئياً في حياة العميل، ولا يتكرر بدرجة تسمح لنا كبشر بالإشراف عليه أو معالجته من قبل معالج آخر.

وتختلف الأساليب العلاجية في الدرجة التي تسمح للعميل أن يشارك في عملية العلاج، إلاّ أن على الفرد أن يتحمل المسئولية عن تعديل سلوكه، فالضبط البيئي من قبل المعالج أو الآخرين قد يكون مفيداً في المراحل الأولى للعلاج، إلاّ أنه سيترتب على هذا الفرد أن ينقل السلوك الجديد الذي اكتسبه خلال المعالجة إلى حياته اليومية بعيداً عن المعالج، فاستمرار التغيير في السلوك يعتمد على الفرد نفسه، والضبط الذاتي **هو أسلوب يعمل فيه الفرد على إحداث تغيير في سلوكه عن طريق إحداث تعديلات في العوامل الداخلية أو الخارجية المؤثرة على هذا السلوك.**

2- المقصود بالضبط الذاتي

ينظر (سكنر) إلى عملية الضبط الذاتي باعتبارها شكلاً من أشكال تعديل السلوك الذي يحدث عن طريق تغيير العوامل التي جاء هذا السلوك نتيجة لها. والناس يضبطون أنفسهم لأن المجتمع يعزز ذلك، فالقوانين الاجتماعية بما تحمله من ثواب وعقاب موجهة نحو تشكيل الضبط الذاتي لدى الأفراد.

ويرى (كانفر) Kanfer بأن تعريف الضبط الذاتي ينطوي على شروط معينة:

1- السلوك المستهدف هو سلوك له نتائج إيجابية وسلبية متساوية.

2- توفر استجابة ضابطة (مثير) تحدث قبل السلوك المستهدف تستجره وتقع في بداية السلسلة السلوكية التي تؤدي له، وهذه الاستجابة يمكن ضبطها.

3- قدرة الفرد على ممارسة الاستجابة المضبوطة (المرغوبة)، وذلك بعد صدور المثيرات الذاتية، والتي تقع تحت الضبط الذاتي بدلاً من الضبط البيئي.

وفي أسلوب الضبط الذاتي فإن التركيز ينصب على إحداث تغيير في الأساليب المتبعة في السلوك، أو في قواعد السلوك والتي تطبق في مواقف مختلفة، وليس مجرد تعديلاً لسلوك معين في موقف معين.

ويشير (كانفر) لاستخدام أساليب الضبط الذاتي مما يؤدي لتبني استراتيجيات تقلل من احتمالية استمرار السلوك الذي تشكل بقوة ليصبح عادة ثابتة تشبع الحاجات الفطرية والمكتسبة لدى الفرد.

إن استمرار السلوك المشكل لدى الفرد يعود للامتيازات التي يوفرها هذا السلوك لصاحبه، ومع أن هذا السلوك يتضمن جوانب منفردة (سلبية)،

إلاّ أنها تكون بعيدة المدى واحتمال حدوثها قليل نسبياً. بينما يوفر هذا السلوك تعزيزاً فورياً للفرد.

ويضع هذا السلوك الفرد في موقف صراع، بين الانصياع للقيام بالسلوك أو التحكم به، فإذا تحرك الفرد باتجاه اتخاذ إجراء يخرق القواعد التي وضعها لسلوكه مسبقاً، فإن النتيجة المحتملة لهذا الإجراء تتمثل في القلق ولوم الذات وأية نتائج سلبية أخرى، ولهذا فإن الفرد سيميل للتخلص من الإغراء الناتج عن هذا السلوك بدرجة أكبر من الاستسلام له. وهذا ما يسعى المسترشد له من خلال إجراءات الضبط الذاتي حيث تتولد الإمكانية لإعادة ترتيب المواقف بما فيها من سوابق وتوابع للسلوك، وبالشكل الذي يسمح للعميل باختيار النتائج المرغوبة بعيدة الأمد، وتحمل فقدان امتيازات السلوك المشكل. فتعزيز الذات مثلاً يحل محل امتيازات السلوك المشكل ويدعم بذلك السلوك المرغوب والذي يتم التحكم به، ويبقى التعزيز الذاتي متوفراً حتى يقطف المسترشد الثمار الحقيقية لسلوكه الجديد.

ويذكر (كانفر) بأن فعالية الضبط الذاتي تكون من أعلى درجاتها عندما يتم استخدامه للتعامل مع السلوك المشكل الذي يوفر امتيازات ذات درجة متوسطة من الإغراء.

تتميز تكنيكات النمط الذاتي بتوسعها وشمولها لمدى واسع من تطبيقات مبادئ تعديل السلوك، ويرى (كانفر) بأن أساليب الضبط الذاتي تؤكد على دور المسترشد. وهو الإنسان الأول المسؤول عن التغيير في سلوكه، ويشير (كانفر) إلى أن هذا التركيز على مسؤولية المسترشد يزيد من دافعيته لإحداث التغيير. فالتدريب على ضبط الذات يسهم في نقل مركز الضبط عند الفرد من المجال الخارجي إلى المجال الداخلي ويزيد من إدراك الفرد لقدرته على ضبط البيئة من حوله والـأثير فيها مما يزيد من دافعيته للتحسن.

كما أن أساليب الضبط الذاتي تزيد من فرص تعميم التعلم الذي يحدث في موقف الإرشاد إلى مواقف الحياة الواقعية. وهي أساليب اقتصادية لأنها تجعل المسترشد مسئولاً عن إرشاد ذاته، فتختصر من الوقت والجهد اللازمين من المرشد، وتبرز مسئولية المسترشد عن التغيير.

ويشير (كانفر) لنتائج بعض الدراسات التي قام بها (Kobel) والتي تؤكد بأن تعديل السلوك الذي يعزى للذات يستمر لفترة أطول من التغير الذي يعزى لجهد المعالج.

3- مبادئ الضبط الذاتي

يستند الضبط الذاتي إلى مجموعة من المبادئ الأساسية التالية:

1- الضبط الذاتي مهارة متعلمة يقوم بها الفرد بالتحكم بسوابق وتوابع السلوك موضوع الضبط.

2- ينبغي أن يكون الفرد واعياً لأهمية ملاحظة الذات والكيفية التي تتم بها الملاحظة.

3- يعمل الفرد على ضبط المثيرات التي تؤدي للسلوك باستخدام الطرق التالية:

أ- تغيير البيئة.

ب- تضييق مدى المثيرات التي تؤدي للسلوك غير المرغوب.

جـ- تقوية العلاقة بين سلوكيات معينة والسلوك المرغوب.

4- ينبغي أن يقرر المسترشد ما الاستجابات التي تعيق السلوك المرغوب لكي يعمل على إضعافها. كما ينبغي أن يقرر ما الاستجابات التي يمكن أن تحل محل السلوك غير المرغوب ليعمل على تقويتها.

5- يعمل المسترشد على تعطيل السلسلة السلوكية التي تؤدي إلى السلوك غير المرغوب في مرحلة مبكرة.

6- يقوم المسترشد بتعزيز ذاته بعد حدوث الاستجابة المناسبة.

7- يجب أن توضع الأهداف المراد تحقيقها بحيث يكون من السهل الوصول إليها على أن يتم الوصول إلى الأهداف الصعبة بطريقة تدريجية.

8- يمكن استخدام العقد السلوكي في برنامج ضبط الذات. (راجع العقود السلوكية في الفصل الأول).

أما الأساليب التي تستخدم للضبط الذاتي فهي تتضمن ما يلي:

1- منع السلوك مادياً من الحدوث.

2- إحداث تغيير في المثيرات، ويتم ذلك بإحداث تعديل على المثيرات التمييزية التي تؤدي للسلوك غير المرغوب.

3- تغيير مستوى الدافعية المرتبطة بالحرمان أو الإشباع مما يؤثر على القيمة التعزيزية لنواتج السلوك.

4- تغيير الظروف الانفعالية، قبل الاستجابة لتصبح أقل تأثراً بالانفعال.

5- استخدام المثيرات المنفرة.

6- تعزيز الذات أو معاقبة الذات، حيث يقدم الفرد لنفسه مكافآت، أو يوقع عقوبة بذاته[1] تبعاً لقيامه أو عدم قيامه بتصرفات معينة.

7- الانشغال بشيء آخر، إذ يقوم الشخص بسلوك لا يتفق مع السلوك الذي يريد الامتناع عنه.

أما (كانفر) وهو يعرض الأساليب السابقة بالإضافة لأساليب أخرى ضمن نموذجه للضبط الذاتي، والذي يشتمل على الاستراتيجيات التالية:

---

[1] العقوبة: المقصود هنا، مثلاً منع نفسه من الحصول على المعززات.

* مراقبة الذات.

* تقييم الذات.

* تعزيز الذات.

4- العوامل المؤثرة في الضبط الذاتي

يعتقد (كانفر) أن هناك ثلاث فئات من العوامل تؤثر على الضبط الذاتي كمهارة.

الفئة الأولى: تتعلق بتأثير العوامل البيئية.

الفئة الثانية: تتعلق بالتقييم الذاتي وما يرتبط به من حاجة أو إشباع.

الفئة الثالثة: تتعلق بالنظام البيولوجي للفرد وما يرتبط به من حاجة أو إشباع.

فاحتمال أن يقوم شخص مفلس بسرقة رغيف من الخبز يعتمد أولاً على وضع الرغيف والظروف المحيطة به، وثانياً على قناعات الفرد الذاتية، وثالثاً على مدى شعوره بالجوع. ومع أن الفرد يتأثر بتفاعل كافة فئات العوامل المذكورة سابقاً، إلاّ أن عوامل الفئة الثانية هي التي تحدد مدى ممارسة الفرد للضبط الذاتي. ففي المثال المذكور سابقاً يعتبر امتناع الشخص عن السرقة رغم توفر الظروف المناسبة ووجود الحاجة البيولوجية بمثابة دلالة على الضبط الذاتي.

إن قناعة الفرد الذاتية بأن لديه الكفاءة المطلوبة لكي يغير سلوكه تعتبر عاملاً هاماً في نجاح برنامج الضبط الذاتي، ووجود الدافع للتغيير يمثل عاملاً هاماً أيضاً.

ومن المهم عندما يطلب المسترشد مساعدة المرشد أن يتم استثارة دافعيته للتغيير، وهناك العديد من الطرق لذلك. وتعتمد تكنيكات ضبط الذات الناجحة على دافعية المسترشد للتغيير.

5- دور المرشد او المعالج في برامج الضبط الذاتي

في برامج الضبط الذاتي يلعب المرشد دور المشجع للعميل على البدء والالتزام، ذلك لأن مسئولية تنفيذ البرنامج والمحافظة على فعاليته تقع على عاتق المسترشد بشكل رئيسي. وقد يكون من المناسب أن يقوم المعالج ببعض الترتيبات في البيئة التي سيطبق فيها البرنامج وذلك لضمان الدعم الكافي للعميل، ويكون على المسترشد استشارة المعالج خلال الجلسات حول البرنامج الذي يعد له، ثم يقوم بتنفيذ ه، ويوفر للمعالج المعلومات اللازمة حول التقدم الذي يحرزه.

ويمكن القول بشكل أكثر تحديداً بأن دور المعالج يكون كالتالي:

1- مساعدة المسترشد لتأسيس ظروف جديدة لتبني برنامج الضبط الذاتي (استثارة الدافعية).

2- مساعدة المسترشد على اكتساب أسلوب معين لتعديل السلوك (التدريب).

3- تعزيز جهود المسترشد ونجاحه في تبني البرنامج (الدعم).

الظروف التسهيلية لبدء برنامج ضبط الذات:

قبل البدء بعملية ضبط الذات، فإن المسترشد بحاجة لتكوين التزام لديه بالعملية المطلوبة، وعلى المعالج أن يظهر عملية تعديل السلوك كظاهرة مرغوبة. كما أن عليه أن يوضح محددات دوره كمعالج. إن اطلاع المسترشد على المعلومات اللازمة حول طبيعة برنامج الضبط الذاتي أمر ضروري قبل البدء به. وبشكل عام فإن الظروف التي تسهل بدء البرنامج هي:

1- تحديد الأهداف.

2- بناء الالتزام.

إن تحديد الأهداف بشكل واضح هو أمر أساسي في أي برنامج للضبط الذاتي، ويجب أن يختار الفرد الأهداف بحيث تكون محددة في مصطلحات سلوكية، وبحيث يكون الهدف موجهاً للإجراء السلوكي الواجب ممارسته يومياً حتى يتم الحصول على النتائج المرغوبة.

ويبدأ تحديد الهدف من خلال تعريف واضح للمشكلة، ويتضمن التعريف الواضح للسلوك غير المرغوب من خلال موقف معين. وينكر Watson وThrap خطوات تساعد المسترشد على تحديد مشكلته:

1- عمل قائمة تتضمن أمثلة محددة حول المشكلة من مواقف الحياة اليومية.

2- وصف مفصل للمشكلة. فالأبحاث في مجال حل المشكلات تشير بأن هذه الخطوة تحسن من قدرة الفرد على حل المشكلات.

3- مراقبة الذات في المواقف المختلفة. وتسجيل السلوك والموقف اللذان يمثلان المشكلة.

تركز برامج الضبط الذاتي على بناء الالتزام لدى العميل، فالالتزام بحد ذاته سلوك يقوم به المسترشد وليس سمة أو قدرة.

ولفهم أهمة الالتزام، يجدر التذكير بمبدأ امتيازات السلوك، فعندما لا يستطيع الفرد تغيير سلوكه المشكل، فذلك لأن وجود المشكلة يزود الفرد بمكاسب معينة (Pay Offs)، وعلى سبيل المثال فمن يستمر بقضم أظافره يجد الراحة في هذه العادة. ومن يأكل بدرجة متزايدة يستمتع بالشعور الذي يجده في معدة ممتلئة. ومن لا يقوم سوى بالقليل من الأعمال في حياته يستمتع بالحرية التي يجدها في التباطؤ والكسل، ومن الواضح بأن أي سلوك مستمر يقدم بعض المزايا لصاحبه.

يبدأ بناء الالتزام عند المسترشد من خلال زيادة وعيه بالمزايا التي يحملها سلوكه المشكل. إن إجابة المسترشد على السؤال: ماذا سأفقد إذا

قمت بتعديل سلوكي؟ تمثل طريقة لزيادة الوعي. ثم يقوم بوضع قائمة بالتوابع السلبية التي تنتج عن تعديل سلوكه. كذلك فعلى المسترشد أن يضع قائمة بالمكاسب التي تنتج عن تعديل السلوك. إن التفكير بمحتوى هاتين القائمتين يمثل أحد المظاهر لسلوك الالتزام.

ومن الطرق التي يمكن أن يبني الالتزام، تفحص أفكار المسترشد ومناقشتها، فالمعتقدات التي يحملها الفرد حول قدرته على ضبط ذاته سوف تؤثر على الجهد الذي يبذله للتغيير.

6- خطوات الضبط الذاتي

يرى (كانفر) أن التنظيم للسلوك يمر في ثلاث مراحل هي:

* مراقبة الذات.

* تقييم الذات.

* تعزيز الذات أو معاقبة الذات.

فالأفراد يلاحظون سلوكهم أولاً ثم يحكمون على هذا السلوك تبعاً لمعيار داخلي ثم يعززون أنفسهم، إما على نحو ضمني داخلي عن طريق مخاطبة الذات، أو على نحو خارجي بمكافآت أو عقوبات مادية.

إن برنامج الضبط الذاتي المستمد من (سكينر) يركز على العوامل المتعلقة بتنظيم البيئة، أما البرنامج المستمد من (كانفر) فيؤكد على العوامل المعرفية المتعلقة بالتقييم الذاتي للسلوك. إن برنامج الضبط الذاتي الفعال يأخذ بالاعتبار جميع العوامل المتعلقة بالضبط الذاتي وذلك من خلال الخطوات ذاتها.

1-6: مراقبة الذات

وهي الخطوة الأولى والأهم في برنامج الضبط الذاتي، وتتضمن ملاحظة السلوك في المواقف وتسجيله. ومن المهم أن يكتسب المسترشد مهارة ملاحظة السلوك وتسجيله خلال هذه الخطوة.

وقد اقتصر استخدام مراقبة الذات في بداية الأمر على توفير سجل يمثل الخط القاعدي للسلوك، إلاّ أن مراقبة الذات يمكن أن يكون تكنيكاً علاجياً في بداية عملية الإرشاد، وذلك لتأثيرها على السلوك الذي يتم ملاحظته.

وقبل البدء في تكوين خط قاعدي للسلوك، فإن أهمية مراقبة الذات تبدو من خلال صياغة المشكلة والأهداف بطريقة واضحة، حيث تكون هذه العملية صعبة في بعض الأحيان، فالشخص الذي يشير لمشكلته على النحو التالي: ((أعاني من البدانة وأريد أن أنقص وزني))، فما هو السلوك الذي يريد تغييره. ومن الواضح بأن عليه أن يصف بعض الاستجابات التي تمثل المشكلة ويطور استجابات عنده بديلة تؤدي لتحقيق هدفه هذا.

فالمراقبة الذاتية تساعد هذا الشخص على إدراك العلاقة بين ما يقوم به من سلوك، والنتيجة التي يقود لها (السمنة). فالمراقبة الذاتية ذات حيرة في جعل الفرد يدرك العلاقة بين ما يفعله (أو ما لا يفعله) والهدف الذي يريد تحقيقه. وبمعنى آخر فإن الفرد يصبح (عالماً بنفسه)، يبحث عن جوانب السلوك التي تفسر عدم الوصول للهدف، ويبحث عن تطوير جوانب أخرى تساعد في تحقيق الهدف.

ويمكن النظر لاستجابة المراقبة الذاتية كاستجابة منافسة للاستجابة غير المرغوبة، بحيث تقطع عملية استمرارها. وتعمل على زيادة دافعية المسترشد للتغيير.

ومن خلال مراقبة الذات، يقوم المسترشد بمراقبة سلوكه ضمن المواقف التي يحدث فيها حيث يتم تقسيم الظروف التي يحدث فيها

السلوك لظروف قبلية وظروف بعدية، ويمكن للعميل أن يجهز مفكرة صغيرة لتسجيل سلوكه الذي يلاحظه، وبناء على المعلومات التي يوفرها الجدول المبين في الشكل التالي:

مثال: الظروف القبلية	مثال: الظروف البعدية للسلوك
* رؤية الفرد للطعام * رائحة الطعام	* قوله لنفسه: "هذا طعام لذيذ"

ويتم تسجيل السلوك في أقرب فرصة بعد حدوثه، وذلك لتجنب نسيان بعض التفصيلات المهمة. وقد يكون من المهم تسجيل السلوك اللفظي والمشاعر بالإضافة لتسجيل السلوك الظاهر. كما أن الأفكار قابلة لعملية التسجيل سواء كانت تتضمن حديثاً مع الذات أو صوراً تخيلية (Images).

إن الطريقة السابقة في التسجيل تشكل مصدراً لتكوين فرضيات حول السلوك، ولاختبار هذه الفرضيات فإن على المسترشد أن يتعلم القيام بالملاحظة المنظمة. وأحد الطرق المنظمة للملاحظة هي تسجيل عدد مرات القيام بالسلوك أو المدة المستغرقة في القيام بسلوك ما. وتبدو قيمة التسجيل المنظم في تحديد السلوك غير المرغوب وقت حدوثه، وتحديد السلوك المرغوب. مما يتيح للعميل تفحص جوانب التقدم والتأخر.

وما دام المسترشد مستمراً في التسجيل فهذا يعني حدوث تحسن فيما يتعلق بمشكلته، ولكن الحماس للتسجيل قد ينقطع أو يتراجع أو ينتكس. وعلى سبيل المثال، فالعديد من المدخنين يمتنعوا عن تسجيل سلوك التدخين عندما يتضح لهم العدد الهائل من السجائر التي يتم تدخينها يومياً، مما يسبب لهم الانزعاج. ولهذا كان من المناسب أن يقوم المسترشد بتجهيز سجلات الملاحظة الشخصية لتتناسب طبيعة السلوك الذي يتم ملاحظته. والعديد من الأمثلة توضح ذلك:

* مشكلة التدخين: وضع بطاقة تسجيل داخل علبة السجائر.

* مشاهدة التلفاز المتزايدة: بطاقة تسجيل توضع قريباً من المكان الذي يجلس فيه الفرد للمشاهدة.

* عدم الدراسة بانتظام: بطاقة تسجيل في المكان الذي يدرس فيه الطالب.

* تناول الطعام المتزايد: بطاقة مثبتة على الثلاجة، أو داخل المطبخ في مكان قريب له عند الدخول إلى المطبخ.

ويمكن للفرد أن يستخدم مقاييس التقدير الذاتي، عندما يكون أحد العوامل المرتبطة بالمشكلة هو الشدة والدرجة التي توجد بها. وبشكل عام فإن هذه المقاييس مناسبة لتسجيل وملاحظة المشاعر والأحاسيس، وبشكل خاص عندما يكون هدف الفرد هو التخلص من مشاعر سلبية معينة.

وعندما يتم مراقبة سلوك معين، فهناك دائماً احتمال لأن يتغير هذا السلوك، وفي برامج الضبط الذاتي فإن الأمر الأكثر شيوعاً هو ميل السلوك غير المرغوب فيه للاختفاء بعد مراقبته وميل السلوك المرغوب للحدوث بدرجة متزايدة.

والعامل الحاسم في هذه الظاهرة هو القيمة التي يعطيها الفرد لهذا السلوك، فإذا كان الفرد يسجل سلوكاً غير مهم بالنسبة له، فلن يتأثر كثيراً بعملية التسجيل، والعكس صحيح.

والفكرة الرئيسية تتمثل في اكتشاف المعززات الطبيعية المتوفرة في حياة الفرد اليومية وإعادة ترتيب المواقف بحيث يستخدم الفرد هذه المعززات لتعزيز السلوك المرغوب فقط بدلاً من استعماله في تعزيز السلوكات المختلفة الأخرى.

ويوفر التعزيز الذاتي الفرصة للفرد للمحافظة على سلوك مرغوب تم اكتسابه ودون الاعتماد على البيئة. وكما يقول (سكنر): "فإن الفرد يملك بيده القدرة في الحصول على تعزيز ولكنه لا يمارسها إلاّ في حالة قيامه بسلوك معين".

2-6: تقييم الذات

وهناك طرق مختلفة لتقديم التعزيز:

1- تقديم معزز جديد غير متوفر في الحياة اليومية، كشيء ثمين مثلاً.

2- حرمان الذات من معززات متوفرة، وتقديمها في حالة القيام بالسلوك المستهدف فقط.

3- استعمال المعززات اللفظية من خلال الجمل التي تتضمن المكافأة على السلوك المستهدف.

ولمساعدة المسترشد على استخدام إجراءات الضبط الذاتي فإن المرشد يطبق الخطوات التالية:

1- مساعدة المسترشد في اختيار المعززات المناسبة: ففي البداية يتم البحث عن معززات متوفرة في بيئة العميل، وفي حال عدم توفرها، فإن المسترشد يعمل على بناء تعزيزات ذاتية تكون في الغالب معززات لفظية أو تخيلية، أو باستخدام مبدأ (بريماك) للتعزيز.

2- مساعدة المسترشد على تحديد علاقة الاستجابة بالتعزيز. وعلى المسترشد أن يحدد وبدقة الظروف التي يتم فيها تعزيز الذات، مما يتطلب تعريف وتحديد جميع مظاهر السلوك المستهدف والتي يمكن أن يظهر بها، وعلى سبيل المثال فإن تعزيز الذات على سلوك خفض الوزن يتضمن:

أ- رفض الدعوة للولائم.

ب- الالتزام بعدد السعرات الحرارية التي يتم استهلاكها.

جـ- تناول طعام يحتوي على سعرات منخفضة.

3- ممارسة الإجراء: فعن طريق لعب الدور مع المعالج يتم ممارسة التعزيز الذاتي للسلوك المرغوب، مما يوفر تشجيعاً وتعزيزاً إضافياً للعميل.

4- تفحص ومراجعة الإجراء: لتقدير مدى التقدم وتقدير حاجة المسترشد لتغيير قيمة المعزز.

ويذكر (كانفر) بأن أحد المميزات التي تميز التعزيز الذاتي، هو إمكانية استعمال السجلات التي يحتفظ بها المسترشد لتسجيل سلوكه كمعززات إضافية، فهي تبين التغير في السلوك والذي يمكن تمثيله بشكل بياني.

إن العقاب الذاتي يتبع التعزيز الذاتي وذلك من أجل إضعاف الاستجابات غير المرغوبة. ويتم العقاب الذاتي من خلال:

أ- سحب المعززات: ويمثل ذلك ترك حفلة بسبب تصرف سخيف أو دفع غرامة مالية مقابل تصرف معين.

ب- استخدام مثيرات منفردة: ويكثر استخدام المثيرات المنفردة من خلال أسلوب الإشباع والممارسة السلبية، مما يجعل الصفات التعزيزية للسلوك غير المرغوب صفات ضعيفة نسبياً، وتكتسب صفات أخرى تنفيرية، إن الشخص الذي يستخدم التدخين السريع كوسيلة لضبط سلوك التدخين هو مثال على هذا الأسلوب.

3-6: تعزيز الذات أو معاقبة الذات

خلال مرحلة التقييم الذاتي، قد يتضح للفرد حاجته لتغيير سلوكه باتجاه يوافق المعيار الذي وضعه لنفسه. وهو يقوم بذلك من خلال ضبط سوابق السلوك وتوابعه، وقد تم الحديث عن الأساليب المستخدمة في ضبط توابع السلوك.

إن ضبط المثيرات يتضمن التلاعب بالبيئة المادية وإعادة ترتيب البيئة الاجتماعية. ويصنف (كانفر) أساليب ضبط المثيرات تبعاً للوظيفة التي تؤديها كالآتي:

1- أساليب تغيير البيئة المادية بحيث يصبح تنفيذ السلوك غير المرغوب به مستحيلاً.

2- أساليب ترتيب البيئة الاجتماعية بحيث تقع احتمالات حدوث السلوك بيد الآخرين.

3- تقييد البيئة المادية ومثيراتها.

ويبدو بأن جميع العلاقات التي يمكن أن تتكون بين السلوك والبيئة تتضمن سوابق للسلوك، فالعقاب الذي يتبع السلوك يولد مثيرات تجنبية، والتعزيز الذي يتبع السلوك يولد مثيرات تمييزية. أما الأساليب التي يتم من خلالها ضبط سوابق السلوك فهي:

1- تجنب المثيرات:

وهذا الأسلوب مهم جداً عند التعامل مع سلوكات الإدمان أو ما تسمى بالسلوكات الاستهلاكية (Consummatory) مثل الأكل الزائد، وتعاطي الكحول، والتدخين، ومثل هذه السلوكات لا يمكن فصل التعزيز عنها لأنه جزء من السلوك نفسه. فالوسيلة للتعامل معها بتجنب المثيرات التي تؤدي لها. فالمدخن الذي اعتاد شرب القهوة قبل التدخين فإن امتناعه عن طلب قهوة الصباح يساعد على مقاومة إغراء التدخين. كذلك امتناع الشخص البدين عن الذهاب للحفلات يقلل من فرصة تعرضه لمثيرات تقود للأكل الزائد.

ومن الأساليب التي يمكن استخدامها لتجنب المثيرات ما يسمى بتضييق مدى المثيرات، حيث يلزم الفرد نفسه بالقيام بالسلوك غير المرغوب ضمن حدود معينة أو مواقف معينة فقط ودون غيرها.

2- إحداث تغيير في السلسلة السلوكية:

إن تغيير السلسلة من الأحداث التي تؤدي لحدوث السلوك غير المرغوب وهو أمر مساعد على ضبطه، وعادة ما تكون نهاية السلسلة تتضمن السلوك المشكل، أما السلسلة نفسها فتتضمن مثير/سلوك ومثير جديد / سلوك آخر. وعندما يصل الفرد لنهاية السلسلة السلوكية، يكون من الصعب عليه مقاومة السلوك غير المرغوب.

إن أبسط أنواع التغيير التي يمكن إحداثها في السلسلة يتضمن قطع هذه السلسلة في بدايتها. وهذا الوقت المستقطع يمثل في حد ذاته سلوكاً جديداً يمكن أن يصبح مثيراً ضمن هذه السلسلة السلوكية. وتبدو أهمية هذا الوقت المستقطع في إتاحة الفرصة للفرد للتفكير فيما يريد القيام به بدلاً من الاستجابة بشكل قهري ودون تفكير.

وأثناء هذا الوقت يقوم الفرد بتسجيل سلوكه وتقدير مدى شدته. فالشخص الذي يشعر بالخوف مثلاً ويقف لحظة ليقدّر درجة وشدة هذا الشعور، فهو يتيح لنفسه الفرصة لإدراك مدى تناسب شعوره مع الموقف.

وبالطبع فلا يمكن تجنب جميع المثيرات في أي سلسلة من الأحداث، وعلى سبيل المثال فإن التوتر يكون المثير الأول في سلسلة سلوكية تؤدي للمشكلة، وذلك عند العديد من الأفراد إلاّ أن مصادر التوتر عديدة في الحياة اليومية، ولا يمكن تجنبها دوماً. ولهذا فمن المناسب في هذه الحالة قطع السلسلة السلوكية منذ بدايتها وتكوين سلسلة جديدة من خلال الأشراط، فالمثير الأول يتم استغلاله وإشراطه مع سلوك جديد مرغوب ويختلف عن السلوك الذي كان يستجرّه هذا المثير سابقاً. وعلى سبيل المثال فقد نجح أحد الأشخاص في قطع السلسلة السلوكية التي كانت تقوده لمشاعر الاكتئاب حيث كانت السلسلة السابقة على النحو التالي:

المثير الأول	←	المثير الثاني	←	نهاية السلسلة
تفاعل اجتماعي فاشل	←	معتقدات بعدم قيمة الذات	←	مشاعر الاكتئاب

وقد أصبحت السلسلة الجديدة على النحو التالي:

المثير الأول	←	المثير الثاني	←	نهاية السلسلة
تفاعل اجتماعي فاشل	←	مشاهدة فلم سينمائي	←	الشعور بالراحة

3- <u>ترتيب سوابق جديدة للسلوك:</u>

ويمكن ترتيب وضع سوابق جديدة للسلوك في بداية السلسلة السلوكية، وفي الغالب فإن هذه السوابق تكون في صورة تعليمات جديدة ذاتية (حديث ذاتي داخلي) ويمكن أن تستجر سلوكاً مرغوباً بعدما تحل محل التعليمات الذاتية أو الجمل الذاتية القاهرة للذات (Self Defeating).

وتشتمل جملة التعليمات الذاتية على تنكير بالهدف المطلوب الوصول إليه، وتمثل إحدى الدراسات 1977 (Harris and McRenolds) مثالاً لاستعمال التعليمات الذاتية حيث قام أحد الأشخاص الذين يعانون من قضم الأظافر، باستعمال جملة بسيطة. وكان يقول لنفسه: ((لا تقم بعض أظافرك)) في كل مرة كانت أصابعه تقترب من فمه. وكانت هذه الجملة فعالة في تخفيض عادة قضم الأظافر لدى هذا الشخص.

دور مراحل ضبط الذات في تفعيل واستمرارية الآثار العلاجية:

* مراقبة الذات: إن زيادة وعي المسترشد بمحتوى سلوكه وتوابعه يوفر له مهارة أساسية لعملية التشخيص الذاتي. وهذا يعني إمكانية المسترشد لأن يقوم بدور المعالج الذي يتضمن معرفة مدى حاجة سلوكه للتعديل ومتى. وهذا الأمر يقود المسترشد لبناء استجابات مرغوبة وتزويدها بالتعزيز اللازم.

* تقييم الذات: إن تدريب المسترشد على تقييم الذات يمكنه من تطبيق الإجراءات السلوكية التي تعلمها في مواقف متعددة وجديدة قد لا تكون لها علاقة بالموقف المشكل الأصلي الذي جاء من أجله لطلب المساعدة

المهنية، ذلك لأن المسترشد يقوم بعملية مستمرة لتقييم أدائه ومقارنته بقواعد السلوك التي وضعها.

* تعزيز الذات: تشير الدراسات الإكلينيكية بأن الأفراد الذين تم تدريبهم على ممارسة التعزيز الذاتي، يقومون باستعمال نفس الأسلوب في مواقف جديدة غير مرتبطة بالمشكلة الأصلية التي تم معالجتها مسبقاً. مما يعني وجود آثار علاجية بعيدة المدى لتطبيق إجراءات التعزيز الذاتي.

7- فعالية أسلوب الضبط الذاتي

يظهر نموذج الضبط الذاتي إلى سلوك الإدمان بجميع أنواعه، باعتباره عادة متعلمة تتأثر بعوامل مثل المثيرات البيئية والموقفية والتوقعات والمعتقدات، والتعلم السابق بالإضافة إلى النواتج التي تترتب على السلوك وتعززه الرغبة في الحصول على إشباع فوري بالرغم مما يترتب على ذلك من أضرار لاحقة، ومع أن الفرد قد لا يكون مسئولاً مسئولية تامة عن تاريخه التعليمي السابق، بما في ذلك سلوك الإدمان لديه، إلاّ أنه يتحمل القسط الأكبر من المسؤولية فيما يتعلق بتغيير هذا السلوك.

وتبدو فعالية برامج الضبط الذاتي بشكل أكبر عند التعامل مع مشكلات العادات السلوكية وسلوك الإدمان. حيث تثبت هذه البرامج تفوقها على الإجراءات العلاجية النفسية الأخرى.

وهناك العديد من الأبحاث التي تشير لنجاح العديد من الأفراد في التعامل مع مشكلاتهم من خلال أساليب الضبط الذاتي، ومن الأمثلة على الدراسات المتوفرة في الأدب السلوكي:

* التحكم بالوزن الزائد (Mahoney, Moura and Wade, 1973).

* التعامل مع القلق الاجتماعي (Rehm and Marston, 1968).

* التحكم بالعادات العصبية (Perkins and Perkins, 1976).

* التحدث في غرفة الفصل (Barrera and Glasgow, 1976).

* التعامل مع العدوان (Noraco, 1976).

وفي دراسة قام بها (هاريس) 1979، فقد وجد بأن رجالاً ونساء استخدموا إجراءات الضبط الذاتي لضبط الوزن الزائد لديهم، وقد نجحوا في فقدان الوزن وحافظوا على سلوك نقصان الوزن بدرجة أكبر من أفراد مجموعة أخرى استعملوا جداول السعرات الحرارية للتحكم بعادة الأكل.

ويشير (Rimm) بأن أساليب ضبط الذات تعتبر مفيدة عند التعامل مع المشكلات الأكاديمية، مع مراعاة طبيعة المسترشد الذي يتم اختياره لهذا البرنامج، ذلك لأن المشكلات الأكاديمية قد ترجع لعوامل أخرى لا تتعلق بمهارات ضبط الذات.

وبالنسبة لـ (Rimm) فهو يعتقد بأن الأشخاص المكتئبين لديهم قصور في مهارات ضبط الذات، فهم يظهرون قصوراً في مراقبة الذات (من خلال وعيهم الاختياري للجوانب السلبية فقط) وقصوراً في تقييم الذات (من خلال وضع أهداف غير واقعية لأنفسهم). وقصوراً في تعزيز الذات (من خلال ممارسة قدر عالٍ من العقاب الذاتي وقدر منخفض من مكافأة الذات).

وقد قام (ريم وفوش) Rimm and Fuchs عام 1977، تم فيها إشراك متطوعات من النساء اللواتي يعانين من الاكتئاب في برامج الضبط الذاتي مدتها (6) أسابيع، وقسمت مجموعات المعالجة لمجموعة تتلقى التدريب على الضبط الذاتي، ومجموعة تتلقى المساعدة النفسية العلاجية التي وصفت بأنها (غير محددة)، ومجموعة لم تتلقى أي نوع من العلاج. وقد تم تقييم أعضاء المجموعات المختلفة من خلال عدة أدوات للتقييم شملت:

1- قائمة مينيوسوتا متعددة الأوجه للشخصية.

2- استبيات الاكتئاب (Beck).

3- مقياس لتفاعل المجموعة.

لقد أظهر أفراد المجموعة التي تلقت التدريب على الضبط الذاتي تحسناً ملحوظاً، وكانوا متفوقين في نتائجهم للمقابيس السابقة وبدرجة تفوق أعضاء المجموعتين الأخريتين.

ويورد (Thrap and Watson) مثالاً على برنامج شمولي تم تطبيقه من قبل (Geisinger). وهو يتضمن أساليب متنوعة لضبط سوابق سلوك التدخين، ومن هذه الأساليب:

* تغيير نوع السجائر التي يستخدمها الفرد إلى النوع الذي لا يفضله. (تغيير المثيرات).

* لف علبة السجائر بعدة أوراق صحف.

* تأخير الحصول على السيجارة بعد الشعور بالرغبة في التدخين. (الوقت المستقطع).

* أن يدخن الفرد ووجهه إلى الحائط وذلك لفك الارتباط بين التدخين والمثيرات المقترنة به. (تضييق المثيرات).

وقد أظهرت البيانات التي تم جمعها أن البرنامج كان فعالاً، حيث أدى للتوقف عن التدخين وخفض عدد السجائر لدى معظم المشاركين.

وفي دراسة أجراها رمزي هارون (1992) على طلبة الجامعة الأردنية. تم اختيار (45) طالباً وطالبة من الحاصلين على درجة (15) فما فوق على قائمة (بيك) للاكتئاب. وقد تم توزيع الأفراد عشوائياً على أربع مجموعات (3) منها تجريبية والرابعة ضابطة. وقد تلقى الأفراد في المجموعة الأولى تدريباً سلوكياً على ضبط الذات، في حين تلقى الأفراد في المجموعة الثانية تدريباً معرفياً على ضبط الذات، أما الأفراد في المجموعة التدريبية الثالثة فقد تلقوا تدريباً سلوكياً معرفياً، ولم يتلقى أفراد المجموعة الضابطة أي تدريب. وخلصت الدراسة لنتيجة مفادها بأن

البرامج الثلاثة كانت فعالة في خفض مستوى الاكتئاب عند الأفراد، وبأنه يمكن ترتيب هذه البرامج حسب فاعليتها على النحو التالي: برنامج ضبط الذات المعرفي السلوكي أكثرها فاعلية، يليه برنامج ضبط الذات المعرفي، وأخيراً برنامج ضبط الذات السلوكي.

سوابق السلوك	السلوك	توابع السلوك
ماذا حدث؟ ماذا كنت تفعل؟ مع من؟ أين كنت؟ ماذا كنت تقول لنفسك؟	سلوك ظاهر فكرة أو صورة مرئية شعور أو إحساس	ماذا حدث كنتيجة؟ هل كان جيداً؟ هل كان سيئاً؟

8- دراسة حالة مطبقة على أسلوب الضبط الذاتي

تعتبر السمنة أو البدانة علمياً أكثر الاضطرابات المنتشرة بين الرجال والنساء والأطفال، كما تعتبر تاريخياً من أقدم الاضطرابات الاستقلالية التي عرفها بني الإنسان، فقد أثبتت الحفريات الأثرية أن البشرية عرفت السمنة والبدانة قبل أن يكتشف الناس الزراعة وتطورها بحوالي عشرة آلاف سنة، إن دراسة تاريخ حياة قدامى المصريين واليونانيين مثلاً تؤكد الحقيقة، واستمرت الأحوال كذلك عبر القرون متأثرة بالتغيرات التي تحدث عادة في البيئة وأنواع الأطعمة التي تناولها البشر، ولكن مشكلة البدانة ازدادت تعقيداً عندما عرف الإنسان حديثاً كيف يحافظ على الطاقة، وكيف يتناول أغذية غنية بالدهون، ومن ثم عانت المجتمعات الحديثة من السمنة وما يتبعها من أمراض واضطرابات في الجسم كالسكري وأمراض القلب والشرايين وضغط الدم، ورغماً عن كل ما كتب عن السمنة فإن العلماء حتى الآن لم يتوصلوا بصفة قاطعة إلى الطرق العلمية التي تحدث بها البدانة في جسم الإنسان، ولم ينجحوا في التوصل إلى علاج طويل المدى (عقار طبي) يكون ناجحاً تماماً ضد السمنة.

يمكن أن نعرّف البدانة بأنها: ((حالة تتصف بتراكم الكثير من الشحم والدهون في الجسم))، هذا وهناك تعريف آخر للسمنة بأنها: حالة تتميز بتراكم كثيف للنسيج الدهني في الجسم، ينشأ عن عدم التوازن بين استهلاك الطاقة وصرفها، حيث يتم تخزين الفائض منها على شكل دهن تحت الجلد.

يعتبر (أنجل) أن زيادة الوزن بما يعادل 10-20٪ فوق الوزن العادي، يعتبر إشارة فعلية إلى السمنة الحقيقية، وهناك من يرى السمنة على أنها الزيادة بما نسبته 20٪ وأكثر عن الوزن الطبيعي المقرر في جدول الوزن.

يصنف (أبراهام) السمنة إلى درجات باستخدام جدول كتلة الجسم من خلال معادلة تقسم الوزن بالكيلوغرام على مربع الطول بالمتر، وبناء على ذلك يضع الأفراد في أربعة أقسام:

* الوزن العادي: تقابل درجة الصفر (فئة 19-9ر24).

* الوزن الزائد: تقابل درجة 1 (فئة 25-9ر29).

* السمنة المتوسطة: تقابل الدرجة 2 (فئة 30-9ر39).

* السمنة الخطيرة: تقابل الدرجة 3 (فئة 40 فما فوق).

يذكر الدكتور (أودين بيرمان) أن البدانة هي زيادة الوزن بنسبة أكثر من 20٪ فوق الوزن المثالي، ثم أن العلاقة بين الوزن والطول تعتبر أفضل طريقة وأسهلها للتعرف على البدانة، وقد تم تحديد معيار معين لكتلة الجسم، وعلى ضوئها تكون البدانة هي زيادة هذا المعيار عن 27 بالنسبة للرجال وبمقدار 25 بالنسبة للنساء، أي زيادة 120٪ من الوزن المثالي.

أين تتراكم الأنسجة الدهنية في الجسم؟

تتراكم الأنسجة الدهنية في جسم الرجل وجسم المرأة في أمكنة مختلفة، وتظهر في جسم الرجل بشكل عام في الجذع، تحت الذقن، والرقبة والبطن، بينما لا تظهر هذه الأنسجة في الساعد أو الساق إلاّ

بكميات قليلة. أما في جسم المرأة فتنمو هذه الأنسجة الدهنية غالباً في منطقة الأرداف والفخذين واليدين.

8-1: أسباب البدانة

إن زيادة ترسب الشحوم في الجسم من خلال الإسراف في تناول الطعام، والزيادة في خلايا الدهون داخل الجسم، وزيادة تكوين الدهون داخل أنسجة الجسم، كذلك بطء حرق الدهون في الجسم هي من أسباب البدانة، يمكن اعتبار بطء استغلال الدهون في الجسم والناتج عن التقدم في العمر، وذلك نتيجة لخلل في أكسدة الدهن وقلة نشاط الإنسان هي أيضاً من أسباب البدانة.

إن الاضطرابات العاطفية والعصبية تؤثر إلى حد بعيد على شهية الإنسان للطعام، وكمية الغذاء الذي يتناوله، ثم أن العوامل الثقافية والاجتماعية والاقتصادية لها تأثير على حدوث البدانة، ثم أن عادات الإنسان وما يألفه في البيئة المحيطة، وضعف الضبط أمام الطعام، كلها من عوامل السمنة.

إن العوامل الوراثية لها تأثير على نشوء بعض حالات البدانة، خاصة وأنها تتحكم في كمية ترسيب الدهن وتوزيعه في الجسم.

أ- الأسباب السيكولوجية للبدانة:

يعتقد بعض العلماء بأن الشخص البدين يلجأ إلى الطعام والشراب لمكافحة الملل وللتخلص من الأزمات النفسية مثل الشعور بالوحدة وعدم الاستقرار، كذلك دور الأهل عندما يلجأون لإعطاء طفلهم الصغير الحليب أو الطعام كلما مر بحالة من حالات الخوف والقلق، وبذلك يعتاد الطفل اللجوء إلى الطعام عند كل أزمة نفسية تمر به، ثم قد تلجأ بعض الأمهات لتغطية عجزهن في تقديم الحب والعطف الصادق لأطفالهن بإغراق

الطفل بالطعام، ثم أن هناك اعتقاد بأنه كلما زاد وزن الطفل زادت صحته، وكلما زاد حجم الطفل زادت حاجته للطعام.

إن معظم أكل الأشخاص البدناء محكوم بسيكولوجيتهم أكثر منه بالجوع الحقيقي، كما يستجيبون للمثيرات الخارجية للطعام، يستجيبون أيضاً للمثيرات الداخلية، كالمشاعر والأفكار التي ترتبط مع تناول الطعام عن طريق الارتباط المتكرر ما بين المثير والاستجابة.

إن الكثير من الأشخاص البدناء ومتبعي الحمية المتكررة يميلون إلى زيادة الأكل عندما تواجههم مشكلات نفسية أو انفعالية كالتوتر، وخيبة الأمل، والاكتئاب حيث تعتبر زيادة الأكل جزءاً من تكيف الفرد مع بيئته الانفعالية. تشير التقارير والدراسات إلى أن نحو 30٪ من الأفراد يستجيبون للتوتر إما عن طريق الزيادة أو النقص من كمية الأكل، ويميل البدناء بطريقة ما إلى الزيادة فيه، ومنهم من يفسرون مشاعرهم على أنها شعور بالجوع كجزء من تكيفهم مع البيئة.

ب- العوامل البيئية:

البيئة بما فيها من عوامل ومثيرات تسهم في تطور السمنة، إما عن طريق تشجيع الاستهلاك الزائد للسعرات الحرارية، أو عن طريق تشجيع أسلوب حياة الراحة.

إن وفرة الطعام في البلدان الغنية، والأغنية الجاهزة السريعة، وتعرض الناس لها باستمرار يؤدي إلى زيادة تناولهم منها، ويمكن القول أن السمنة تحدث عند البعض بسبب من أن ضبط الأكل لديهم يحدث نتيجة عوامل خارجية، أكثر من كونه نتيجة لميكانيزم داخلي فسيولوجي، فهناك دراسات قد أثبتت أن البدناء محكومين لعوامل خارجية ومثيرات معرفية، كذلك أن طريقة أكل الأشخاص البدناء تختلف عن طريقة أكل الأشخاص النحاف، من حيث الكمية وأسلوب تناول الطعام.

جـ- قلة النشاط:

قد يكون قلة النشاط سبباً عند البعض للسمنة، أكثر من كون السمنة سبباً للاستهلاك الزائد للطعام، خاصة وأن مستوى الطاقة النشاطية لدى البدناء أقل منه لدى ذوي الأوزان العادية، مع أن البدناء يصرفون كمية أكبر من الطاقة عند القيام بنفس النشاط، بسبب الجهد الإضافي المبذول في تحريك الوزن الزائد، ثم أن قلة النشاط في معظم حالات السمنة قد تكون نتيجة للسمنة أكثر من كونه سبباً أولياً لها.

وهناك عوامل أخرى للسمنة مثل:

1- العوامل الجينية: قد تؤثر الوراثة في توازن الطاقة وعمليات الأيض، حيث يزيد وزن الأشخاص البدناء من خلال استهلاك سعرات حرارية أقل من الأشخاص العاديين، لأن هناك خللاً في عمليات الهدم والبناء والتي تؤثر على توازن الطاقة، ثم أنه من الصعب تقرير أثر العوامل الجينية بسبب تفاعلها مع العوامل البيئية.

2- العوامل المرتبطة بالغدد الصماء: إن التغير في كيفية أداء الغدد الصماء لعملها والملاحظ في حالات السمنة، قد يكون نتيجة للسمنة في معظم الحالات أكثر من كونها سبباً لها.

3- المراكز الدماغية: قد يحدث تلفاً في النظام العصبي المركزي في الهايبوثالاموس له علاقة بالسمنة، كذلك هناك أسباب للبدانة ناتجة عن نقص في إفراز الغدة الدرقية، وإذا حدث اضطراب في عمل الغدة النخامية قد يتسبب هذا في حدوث البدانة واضطراب الجهاز التناسلي.

أن السمنة ترجع إلى العديد من العوامل الوراثية والبيئية، فالوارثة تهيئ الفرصة للسمنة، وسلوكيات الأكل إما أن تدعم أو تضبط هذه

القابلية، وذلك يعني أن تعلم ضبط سلوكيات الأكل هو مطلب هام إذا ما أردنا تجنب السمنة.

2-8: مشكلات السمنة

1- اضطراب الجهاز الدوري، تصلب الشرايين، وأمراض القلب، وارتفاع ضغط الدم.

2- آلام العظام والمفاصل، جراء الوزن الزائد.

3- الإحساس بتقدم العمر، والإحساس بقلة النشاط والسلبية.

4- ضعف القدرات الجسمية المختلفة عند الفرد البدين.

5- السمنة أكبر خطر على حياة الفرد، فهي تؤدي إلى ارتفاع غير طبيعي في كمية دهنيات الدم، احتمال الإصابة بالسكري، ثم أن السمنة الشديدة تؤدي إلى مضاعفات في كافة أعضاء الجسم، بالإضافة إلى اضطرابات نفسية كالمعاناة من أحاسيس النقص وأحياناً العزلة والاكتئاب.

3-8: الاستياء من صورة الجسم الناتج عن السمنة

إن العلاج المعرفي لخفض الاستياء من صورة الجسم يعتبر فعالاً لمعالجة الأشخاص الذين لديهم اضطرابات في التغذية، وكذلك الأشخاص البدناء، وأنهم يحملون مشاعر سلبية نحو أجسامهم.

يمكن أن نعرّف صورة الجسم على أنها الصورة التي يتخيلها الفرد عن مظهره من حجم وشكل جسمه، وكذلك موقفه من خصائص جسمه. وقد كشفت الدراسات (01997) بأن الأمريكيين ليس عندهم قناعة أكثر بأجسامهم من أي وقت سابق، حيث أوضحت الدراسة أن 65٪ من النساء مستاءات من مظهرهن عموماً، وكانت نسبة المستاءات من بطونهن 71٪،

ومن أوزانهن 66٪، ومن الجزء السفلي من الجذع 58٪، كذلك كان العديد من الرجال مستاؤون من مظهرهم الخارجي.

إن استياء الأفراد من مظهرهم الشخصي يمكن اعتباره أحد معايير الاضطرابات الجسمية كالسمنة مثلاً، ثم أن الصورة المتخيلة السلبية عن الجسم مرتبطة أيضاً بالنظرة السلبية للذات وكذلك التوتر العصبي.

دور المعالج في هذه الحالة:

1- تقييم المريض بالسمنة ووعيه الذاتي عن الصورة السلبية المتخيلة لجسمه.

2- تعليم الشخص البدين أن يبقي على مفكرة يتابع فيها الأحداث التي يشعر عندها بالاستياء الشديد من جسمه ومظهره. (راجع تقييم الذات وتعزيز الذات في هذا الفصل).

3- إجراء تدريبات على الاسترخاء ثم تقليل الحساسية التدريجي.

4- يبدأ المريض بإدراك أخطائه ونظرته السلبية لجسمه ومظهره، ثم يعدل الصورة المشوهة لجسمه والموجودة في خياله.

5- مناقشة الأفكار غير المنطقة لدى الشخص البدين حول نظرته لنفسه وجسمه.

4-8 دراسة حالة مطبقة على السمنة

(رجل يزن 100 كغم، طوله 175سم، عمره 30 عاماً، ليس لديه أمراض جسمية، نشاطه الحركي منخفض، يحب تناول الطعام والجلوس بلا ضوابط، يشعر بالتوتر والقلق أحياناً ثم يزداد جراء ذلك طلبه للمزيد من الطعام والشراب).

تحليل السلوك:

* تم تحديد ماذا يشعر قبل البدء بتناول الطعام، حيث كان يتناول الطعام بسرعة عند إحساسه بالحزن أو القلق أو التوتر.

* عندما كان يبدأ بالتهام الطعام كان يشعر بتفريغ طاقة عنده رغم أنه كان يأكل أحياناً بلا جوع.
* بعد انتهائه من الأكل يشعر بثقل في جسمه ويرغب في النوم، وقد ينام أحياناً خاصة في فترة الظهر.
* تم تحديد ما هي الأفكار التي يتحدث بها خلال إحساسه بالجوع.
* إن وعي الفرد بإدراكاته ولما يدور بذهنه من أفكار يساعده في أسلوبه لضبط ذاته.
* كان يحس بالدوخة وكأن جسمه واهن الحركة عندما يفكر بالأكل.

* وعندما يبدأ بالأكل يشعر ويحس بأن عصبيته تهدأ، وما أن ينهي التهامه للأكل حتى يشعر بالراحة.

* كان يفضل تناول الطعام أحياناً مع أصدقائه خارج المنزل أو أن يدعوهم معه إلى المنزل.

* تم تحديد مشكلة هذا الرجل على أنها عدم قدرة على ضبط الذات في مواجهة الأكل، ووجود أفكار ومعتقدات سلبية حول ذاته تجعله غير مؤكداً لذاته أمام شهوة الجوع، حيث أنه في فترة المتاعب النفسية يقبل على تناول الطعام بنهم وشراهة كمحاولة منه للهرب من متاعبه ومشكلاته.

الأساليب العلاجية المعرفية لعلاج السمنة لهذه الحالة:

1- مراقبة الذات:

حيث أشارت الدراسات إلى وجود ارتباط إيجابي ما بين المراقبة الذاتية والتغير في الوزن، والتي تعبر عن الملاحظة المنظمة والدقيقة

للسلوك، حيث تتم مراقبة كمية الطعام، والوقت الذي يتم فيه الطعام، والظروف الذي أحاطت به، وذلك كي يتمكن الفرد من تحديد المصادر التي تؤدي به إلى الزيادة في تناول الطعام من أجل تعديلها، وهنا يطلب من المسترشد أن يقوم بمراقبة ذاته من خلال تحديد الطعام وفقاً لقيمته من السعرات الحرارية حسب القوائم المعتمدة، ثم وعيه بالأوقات التي تستثار فيها شهيته للطعام، حيث عليه الالتزام بالوجبات الثلاث وفقاً للحمية الغذائية المناسبة له، ثم عليه معرفة وزنه يومياً وتسجيله في المفكرة، وتسجيل التحسن في ذلك، إن أساليب ضبط الذات يقود إلى التحمل التدريجي للمسئولية الشخصية الحقيقية، وهذا مبني على هدف قد يضعه المسترشد على نفسه ليخسر من وزنه نحو 20 كيلوغرام ثم يحافظ على هذا الوزن بعد ذلك.

2- تعديل أسلوب تناول الطعام:

يمكن إتباع أكثر من إجراء لتطوير الأسلوب الملائم في الأكل الشخصي، مثل إبطاء سرعة الأكل، تناول الوجبات في مواعيدها بشكل منظم وذلك بهدف تطوير حياة صحيحة، لزيادة احتمالية المحافظة على إنقاص الوزن الذي يمكن تحقيقه، وهنا قام المسترشد بالالتزام بهذه الإجراءات.

3- ضبط المثيرات:

مثل منظر الطعام ورائحته، ومواعيد الوجبات، ومشاهدة التلفاز، ويكون ذلك من خلال الوعي الذي تحقق عند العميل، بأن المثيرات الخارجية هي إحدى الأسباب الرئيسية لتفكيره بالطعام ثم مناقشته بها خلال مرحلة الخط القاعدي، حيث التزم هذا الشخص بالابتعاد عن عادات مثل مشاهدة التلفاز وهو يتناول الطعام، ثم عدم الذهاب لشراء المأكولات وهو جائع، ثم إبعاد الأغنية ذات السعرات الحرارية العالية من أمامه في خزائن المطبخ.

4- ثم مناقشة المسترشد بأفكاره وحديثه الذاتي:

تم تحديد أفكاره السلبية من حيث عدم قدرته على مقاومة عدم الأكل، ثم تدريبه على توكيد الذات في المواقف المتعلقة بالأكل وإجراء التخطيط المسبق للوجبات.

5- وعي المسترشد بمعرفة أسباب السمنة لديه:

تطوير الوعي لديه من خلال الفترة الزمنية التي يمضيها في تناول الطعام، وقياس ذلك وتسجيله على مفكرته.

6- من خلال قدرته على تخيل نفسه على أنه رشيق القوام:

يتحرك بسهولة ويشعر بسعادة، هذه الصور ستصبح مسيطرة وذات واقعية لتحقيقها ولا ينسى أن القاعدة الذهبية للسمنة هي في كمية الطعام الكافية للمحافظة على توازن طاقة جسده يمكن ضبطها.

إن السير لمدة دقائق معدودة كل يوم، ثم زيادة ذلك بما مقداره (5) دقائق لكل يوم، وهذا ممكن زيادته ليصبح ما معدله (50-60) دقيقة في اليوم. إن السير (المشي على الأقدام في الهواء الطلق) يحرق نفس كمية من السعرات مثل الركض لنفس المسافة، لقد استمر هذا الرجل بإتباع أساليب الضبط الذاتي المختلفة والمراقبة لكمية السعرات الحرارية التي يتناولها، وتعزيز نفسه كلما كان تحسناً، كل ذلك أدى به أن يصبح أكثر مسئولية ووعي بذاته وعالمه الداخلي والخارجي، وأصبح أكثر سيطرة وضبط للمثيرات الخارجية والداخلية عنده، ومن ثم قام بتنمية أسلوب الضبط الذاتي لديه في مجالات أخرى وحسّن في حديثه الذاتي وصورته عن جسمه، وأصبح بالتالي أكثر سعادة.

الفصل الرابع

أسلوب الإشباع

في تعديل السلوك

1- تمهيد

2- تعريف أسلوب الإشباع

3- دراسات اتبعت الإشباع كأسلوب في العلاج

الفصل الرابع

أسلوب الاشباع في تعديل السلوك

1- تمهيد

إن أسلوب الإشباع Satiation يعتبر من الإجراءات المستخدمة لتقليل السلوكيات غير المقبولة، خاصة وأن هذا الأسلوب ((الإشباع كطريقة في العلاج يهدف إلى فقدان المعززات لقيمتها التعزيزية لدى الفرد.

وفي هذا الأسلوب يتم إعطاء الفرد كمية كبيرة من نفس المعزز لفترة زمنية قصيرة نسبياً، وهذا سيؤدي إلى فقدان ذلك المعزز لقيمته التعزيزية عنده. وأسلوب الإشباع أحد الأساليب قليلة الاستعمال في العلاج السلوكي لعلاج بعض السلوكيات غير المرغوبة.

ومع ذلك فهذا الأسلوب نعتبره أكثر إنسانية وأخلاقية من بعض الأساليب كالعقاب أو الحبس أو التأنيب اللفظي والذي يبدو فعالاً لفترة قصيرة من الوقت. إن أسلوب الإشباع يستخدم في معالجة بعض حالات السرقة القهرية وكذلك في معالجة التدخين.

2- تعريف أسلوب الاشباع

أسلوب الإشباع في العلاج هو عبارة عن تقديم المعززات بطريقة متواصلة مستمرة لفترة زمنية محددة، بحيث تفقد قيمتها التعزيزية، وتصبح هذه المعزات غير فعالة نتيجة لحدوث الإشباع عند الفرد ويحدث الإمحاء. والفرد يحصل من خلال هذا الإجراء على المعزز بتواصل قبل تأديته للسلوك غير المقبول.

وقد عرّف كل من (وولكر وشي) Walker and Shea الإشباع بأنه عبارة عن عملية تعزيز زائدة ومستمرة للسلوك غير المرغوب فيه مما يؤدي إلى تقليل هذا السلوك.

الحرمان والإشباع Deprivation and Satiation

إن معظم المعززات لن تكون فاعلة ما لم يُحرم منها الفرد لفترة من الوقت قبل استخدامها، وبشكل عام كلما كانت فترة الحرمان أطول كلما كانت المعززات أكثر فاعلية.

إن الحلوى لن تكون معززاً للطفل الذي كان قد أكل قبل وقت قصيرة علبة كبيرة من الحلوى، كذلك السيجارة لن تكون معززاً لشخص كان قد دخّن علبة من السجائر قبل قليل.

إن استخدام كلمة حرمان هنا يعني الإشارة إلى الوقت السابق لحلقة التدريب التي خلالها لم يختبر الفرد أو لم يمارس المعزز، وكلمة إشباع تعني الحالة التي مارس فيها الفرد المعزز إلى المدى الذي أصبح بعد ذلك غير معزِّز.

استخدام أسلوب الإشباع في العلاج:

1- البدء في قياس مباشر للسلوك غير المرغوب (غير المناسب) أو غير المقبول.

2- تحديد المعزِّز الذي يعمل على استمرار حدوث هذا السلوك غير المقبول.

3- تزويد الفرد بكمية كبيرة من ذلك المعزِّز لفترة معينة.

4- من خلال هذا الإجراء يحصل الفرد على المعزز بتواصل قبل تأديته للسلوك غير المقبول، أي بمعنى آخر فالفرد لا يحتاج لكي يسلك على نحو غير مقبول ليحصل على المعزز.

وكما قلنا سابقاً فإن أسلوب الإشباع يعتبر من الإجراءات التي تقلل من احتمالية حدوث السلوك.

أما من حيث التطبيق، فإن أسلوب الإشباع يطبق في البيئة العادية للفرد، وليس في بيئة مخبرية، كما أن هذا الأسلوب لا يُقدّم مقروناً بمثير سلبي مكروه، وإنما يعمل المعزز نفسه على المثير السلبي عندما يقدّم بطريقة متواصلة.

3- دراسات اتبعت الإشباع "Satiation" كاسلوب في العلاج

3-1: دراسة ايلون Ayllon 1966

من الدراسات الكلاسيكية التي قام بها (ايلون) وذلك لمعالجة امرأة مريضة نفسياً كان قد مضى على وجودها في أحد مستشفيات الأمراض النفسية في كندا عدة سنوات. والمشكلة التي حاول (ايلون) معالجتها هي أن هذه المرأة كانت تقوم بالاحتفاظ بالمناشف في غرفتها بأعداد كبيرة جداً.

لقد تدخل (ايلون) لعلاج هذه المشكلة بالرغم من أن هذه المشكلة كان قد مضى عليها (9) سنوات، تمت خلالها محاولات عديدة جداً لإقناع هذه المرأة بالامتناع عن تخزين هذه الكميات من المناشف في غرفتها، ومع ذلك فشلت جميع تلك المحاولات.

لقد اتبع (ايلون) الخطوات التالية لمعالجة المشكلة:

1- إحصاء للسلوك غير المقبول بطريقة مباشرة حيث طلب من العاملين في المستشفى الامتناع عن إزالة المناشف من الغرفة كما هو الحال في السابق، وطلب منهم القيام بعَد (إحصاء) المناشف مرّة كل أسبوع، وكان المعدل لعدد المناشف في غرفتها (19-29) منشفة.

2- حدّد المعزّز لاستمرار السلوك غير المرغوب فيه.

3- طلب من العاملين في القسم الامتناع عن إزالة المناشف من الغرفة وأوعز إليهم إحضار كميات كبيرة من المناشف ووضعها في غرفة المريضة ومغادرة الغرفة دون أي تعليق.

((لقد ازداد عدد المناشف المعطاة لهذه المرأة من (7 مناشف يومياً) في الأسبوع الأول إلى أن أصبح العدد (60 منشفة يومياً) في الأسبوع الثالث. وهنا هدف (ايلون) إلى استمرار تقديم المعزِّز بكميات كبيرة كي يفقد هذه المعزِّز قيمته التعزيزية عند هذه المرأة)).

يقول الباحث أنه في الأسابيع الأولى، لوحظت المرأة وهي تحتضن المناشف مما يوحي أن ذلك قد أسعدها، ولكن مع زيادة عدد المناشف الموضوعة في غرفتها بدأت المرأة بإعادة المناشف تدريجياً، وخلال الأسبوعين الرابع والخامس بدأت المرأة تتذمر قائلة: ((أخرجوا هذه المناشف القذرة من غرفتي ...))، وعندما بلغ عدد المناشف في غرفتها (624) منشفة ابتدأت بمحض إرادتها بإزالة المناشف حيث ألقت بها خارج الغرفة، واستمرت في ذلك إلى أن بقي في غرفتها منشفة واحدة فقط.

4- لقد أوعز (ايلون) للعاملين في المستشفى بإحصاء عدد المناشف في غرفتها دورياً لمدة سنة كاملة، وبعد التوقف عن المعالجة، فوجدوا أنه لم يحدث ولو لمرة واحدة خلال ذلك أن وُجد أكثر من منشفة في غرفتها.

3-2: دراسة "كرير" Creer 1978

لقد اتبع (كرير) في معالجته هنا أسلوب الإشباع بنجاح مع طفل كان يشكو من الربو (Asthma)، حيث كان هذا الطفل يستغل حالته المرضية كي يتجنب المواقف الصعبة في المدرسة (مثل الامتحانات) حيث كان

يطلب من أهله إدخاله المستشفى مدة يوم، وبعد هذا يدّعي أن حالته قد تحسنت ويخرج من المستشفى.

تم إحصاء عدد المرات التي أُدخل فيها المستشفى لمدة ثمانية أشهر قبل العلاج حيث بلغت (33 مرة) إضافة إلى (11 مرة) خلال الشهر الذي تمت فيه المعالجة.

لقد اشتمل العلاج على إدخاله المستشفى مدة ثلاثة أيام وليس يوماً واحداً في كل مرة يطلب فيها دخول المستشفى.

لقد تم إحصاء عدد المرات التي أُدخل فيها الطفل المستشفى بعد العلاج في الثمانية أشهر التي تلت ذلك العلاج حيث كانت (12 مرة فقط). ولقد أشارت الفحوص الطبية إلى أن حالة الطفل الصحية لم يطرأ عليها أي تغير بمعنى أن المتغير المستقل (الإشباع) كان العامل المسئول عن التغيير الذي حدث في سلوكه.

3-3: استخدام أسلوب الإشباع في معالجة التدخين

لمعالجة التدخين حسب هذا الأسلوب (الإشباع) يتم تقديم المعززات (السجائر) بطريقة متواصلة مستمرة بحيث تفقد قيمتها التعزيزية، وحيث أن الإشباع يؤثر في فعالية المعززات التي تتأثر بالحرمان، فإن هذه المعززات تكون غير فعالة عندما يكون الفرد مشبعاً بها. وتفقد بالتالي قيمتها كمعزّز ويحدث الإمحاء.

ومن الممكن تلخيص خطوات المعالجة كالآتي:

1- توفر شروط معينة في الشخص المدخن، مثل أن يكون معدّله اليومي (لا يقل عن 15 سيجارة فما فوق). وأن تكون لدى هذا المدخن الرغبة في الإقلاع عن عادة التدخين وأن يشعر بقدرته على الالتزام والاستمرار في تطبيق البرنامج العلاجي المقترح عليه.

2- يجمع المعالج معلومات عن المدخن مثل عمره وجنسه ومعدّل تدخينه اليومي، ومدى التدخين بالسنوات، ورغبته في الإقلاع عن التدخين، ومحاولاته السابقة في الإقلاع عن التدخين مثلاً مرة واحدة ... أو أكثر، وكم هي أطول مدة امتنع فيها عن التدخين ...الخ.

3- يخضع الفرد الذي سيطبق عليه أسلوب الإشباع في العلاج لفحص طبي للتأكد من سلامته الجسمية وقدرته على تحمّل برنامج العلاج بالإشباع.

4- إتباع أسلوب الإشباع في العلاج والذي يطلب فيه من الفرد أن يدخّن بمقدار يعادل (200-300٪ من معدل تدخينه اليومي)، وذلك في الوقت والمكان الذي يختاره المدخن شريطة أن يكمل العدد المطلوب منه. ويبدأ المدخن بتطبيق ذلك من أول أيام العلاج، فمثلاً إذا كان الفرد يدخن بمعدّل (20 سيجارة يومياً) يطلب منه أن يدخن (40-60) سيجارة يومياً. وكما ذكر سابقاً فإن لهذا الأسلوب مخاطر صحية، لذا فالفحص الطبي قبل البدء بالمعالجة ضروري وهام جداً.

5- يطلب من الفرد أن يستمر بالتدخين بهذا المعدل لمدة أسبوع، أما إذا توقف الفرد عن التدخين بعد اليوم الأول أو الثاني أو أي يوم أثناء هذا الأسبوع فذلك شيء جيد وعليه الحضور لإبلاغ المعالج.

أما إذا شعر الفرد المدخن أنه لا يستطيع الاستمرار في هذا المعدل بعد أي يوم من الأيام العلاجية عليه أن يسجل التناقص في معدل تدخينه اليومي وفي نهاية الأسبوع يبلغ المعالج بذلك.

دراسة استخدمت الإشباع في معالجة التدخين:

قام الباحث (صبري حمادة)[1] 1981 باستخدام أسلوب الإشباع مع مجموعة مكونة من (10) أفراد مدخنين لديهم الرغبة في الإقلاع عن عادة

---

[1] صبري حمادة 1981م، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، بعنوان ((معالجة التدخين كعادة سلوكية باستخدام عدد من أساليب العلاج السلوكي)).

التدخين وطلب منهم التدخين بما معدّله ضعف المعدل اليومي لكل منهم ولمدة أسبوع.

حيث حققت هذه المجموعة امتناعاً لدى أفرادها عن التدخين بلغ (3) أفراد منهم فقط، بعد انتهاء المعالجة مباشرة أي ما نسبته 30٪. وبعد مرور أسبوعين من انتهاء المعالجة حافظ اثنين منهم فقط على الامتناع التام عن القيام بالتدخين.

وبعد انتهاء فترة المتابعة والبالغة أربعة أسابيع حافظ الاثنين على الامتناع عن التدخين، وهنا كانت النسبة (20٪) من أفراد المجموعة الذين خضعوا لهذا الأسلوب من المعالجة.

ويشير الباحث (صبري محمود) إلى أن دمج أسلوب الإشباع مع أساليب أخرى في المعالجة وخصوصاً لمعالجة التدخين أكثر فاعلية من إتباع الأسلوب لوحده. فقد حققت دراسة (Bestetal) 1977 التي جمعت بين أسلوب الإشباع مع أساليب الضبط الذاتي نجاحاً وصل إلى 47٪ و55٪ من خلال دراسة (Delahunt) 1976 و76٪ من خلال دراسة (Lendo) 1978 إذ امتنع (12) فرداً عن التدخين من أصل (16) فرداً.

ويشير الباحث (صبري حماد) بأن أفضل جداول التعزيز المتبعة في دراسته حول الإشباع كأسلوب في العلاج هو جدول التعزيز الزمني الثابت (Fixed Interval) وبطريقة مستمرة تعتمد على مرور فترة زمنية ثابتة قبل التعزيز.

<u>استخدام أسلوب الإشباع في المدارس:</u>

يمكن استخدام أسلوب الإشباع في المدارس لمعالجة مثل الحالات التالية:

1- الطالب الذي يطلب الخروج من الصف بصورة مستمرة.

2- الطالب الذي يقوم ببري قلمه (الرصاص) مرات عديدة بدون مبرر.

3- معالجة بعض حالات التدخين.

4- معالجة بعض حالات السرقة الغير مقبولة.

وغير ذلك من السلوكيات الغير مقبولة.

ملاحظة على استخدام الإشباع كأسلوب في العلاج:

لهذا الأسلوب سيئات منها على سبيل المثال هو قلّة استخدامه بنجاح مقارنة مع غيره من الأساليب لأن له تأثيراً مؤقتاً مع بعض المعززات كالطعام. كذلك يؤثر صحياً على الفرد مثل تدخينه كمية كبيرة من السجائر خلال فترة المعالجة، كذلك قد يحتاج إلى مبالغ إضافية من النقود لإجرائه كما هو الحال في بعض الحالات التي تستدعي توفير مثلاً عدداً هائلاً من المناشف أو إدخال الشخص للمستشفى لمدة أطول مما هو عليه. وقد يترتب على استخدامه مشاكل كالبدانة عند استخدام الطعام مثلاً.

أما بالنسبة لحسناته فهذا الأسلوب أكثر إنسانية من بعض الأساليب كالعقاب مثلاً، وهذا الأسلوب لا يوضع الفرد في مواقف يتم فيها إيقاف أو سحب المعززات، وكذلك لا يتضمن هذا الإجراء تقديم مثيرات منفرة ومزعجة للفرد.

تطبيق لهذا الأسلوب:

قمت بتطبيق هذا الأسلوب على مُعلّمين (عدد 2)، وقد تم إتباع الخطوات التالية:

1- جمع المعلومات عن كل من المدخنين مثل: الأعمار ومعدّل التدخين اليومي ومدة التدخين السابقة بالسنوات، والرغبة في الإقلاع عن التدخين، ومحاولات كل منهم للإقلاع عن التدخين.

2- طلبت منهم عمل فحص طبي في المركز الصحي للتأكد من سلامة كل منهما وأنه بالإمكان تطبيق برنامج الإشباع عليهما. وكانت النتائج

جيدة حيث أن كل منهما كان يتمتع بصحة جيدة، فلا ضغط أو سكري، أو أزمات صدرية عند أي منهم.

3- كان معدل تدخين المعلم (أ) 15 سيجارة يومياً. ومعدل تدخين المعلم (ب) 20 سيجارة يومياً.

((وهنا وضحت لهم أسلوب الإشباع في المعالجة، حيث أنه يترتب على كل منهم التدخين بما معدله ضعف عدد السجائر المدخنة في السابق، فالأول عليه أن يدخن (35) سيجارة والثاني عليه أن يدخن (40) سيجارة ولمدة أسبوع في الوقت والمكان الذي يختاره كل منهم، شريطة إكمال العدد من السجائر يومياً)).

4- أوضحت لهما بأنه إذا توقف أحدهما عن التدخين خلال هذه الفترة (الأسبوع) فعليه إبلاغي بذلك، وإذا شعر أحدهما بأنه لا يستطيع الاستمرار، فعليه تسجيل التناقص في عدد السجائر التي تم تدخينها يومياً، وبالفعل تم تطبيق ذلك.

وكانت النتائج كالتالي:

1- المعلم (ا) طبّق البرنامج لمدة (5) أيام فقط، وبعدها أقلع عن التدخين قطعياً، وبعد أسبوع من إجراء البرنامج عليه كان ملتزماً بالإقلاع، وما زال لغاية الآن مقلعاً عن التدخين.

2- المعلم (ب) طبّق البرنامج لمدة أسبوع، ولكنه لم يقلع عن التدخين، أما ما حدث بالضبط فهو انخفاض ملحوظ في عدد السجائر المدخنة يومياً، فبعد أن كان يدخن بما معدله (20) سيجارة يومياً، أصبح يدخن ما لا يزيد عن (12) سيجارة يومياً، وبعد أسبوعين من تطبيق العلاج ما زال هذا المعلم (ب) محافظاً على معدل التدخين المنخفض.

الفصل الخامس

التدريب على توكيد الذات

(التدريب التدعيمي)

1- تمهيد

2- تأكيد الذات (التدعيم)

3-أنماط الاستجابة الصادرة عن الفرد

4- تحديد المهارات

5- أساليب التدريب التدعيمي

6- كيفية تطوير السلوك غير المؤكد للذات

7- خطوات العلاج

8- التدريب التدعيمي وعلاج العدوان الاجتماعي

9- نتائج البحوث على التدريب التدعيمي

الفصل الخامس

التدريب على توكيد الذات

(التدريب التدعيمي)

1 - تمهيد

اعتمد ظهور أسلوب (التدريب التدعيمي) على جهود وبحوث (ولبي ولازاروس) Wolpe and Lazarus 1966 حيث كانت قراءات (ولبي) في تقليل الحساسية التدريجي ترتبط بالتدريب التوكيدي وعلى الزعم أن العديد من المرشدين والمعالجين الذين استخدموا أسلوب التدريب التدعيمي لأول مرة اعتقدوا بأنه ليس شكلاً من أشكال العلاج السلوكي، ذلك لأنه يتميز بطابع إنساني معقد ويتشابه مع العلاج التقليدي. إن هذا الاعتقاد الخاطئ يعود لسوء الفهم حول طبيعة العلاج السلوكي والاعتقاد بأنه علاج آلي Mechanistic أكثر من كونه علاج منظم. وقد كان (Salter) أول من قدم المبررات والإجراءات التي تساعد على الوصول إلى السلوكيات المؤكدة للذات وقد سمى طريقة بالفعل المنعكس الشرطي، وهو يتكون من (6) تمرينات وهي ملخصة فيما يلي:

1- استعمال حديث المشاعر: وهذا يتلخص في التعبير عن المشاعر الداخلية حرفياً كما هي.

2- استعمال حديث الوجه Facial talk: وهو يتضمن التدريب على تعبيرات الوجه التي تصاحب مشاعر مختلفة.

3- التدريب على التعبير عن رأي مخالف للآخرين.

4- التدريب على استعمال لغة الأنا.

5- التدريب على قبول الإطراء.

6- التدريب على الارتجال (Improvising).

وبالنسبة (لولبي) الذي بدأ يستعمل أسلوب التدريب التدعيمي إلى جانب أسلوب تقليل الحساسية فهناك نقاط اختلاف بين الأسلوب استعمله وأسلوب Salter السابق الذكر.

1- فلم ينكر (ولبي) أهمية حاجة كل مسترشد الأساسية للتدريب التدعيمي وهذا عكس (سالتر).

2- لم ينظر (ولبي) للتدريب التدعيمي على أنه سمه يمكن تعميمها. حيث كان (ولبي) مهتماً بما يعقب السلوك التدعيمي من نتائج، وخاصة السلبية منها على عكس (سالتر).

كذلك فقد انتهج (مورينو) مؤسس الدراما النفسية منهجاً قريب الشبة لمنهج (ولبي)، إلا إن منهج (مورينو) اعتمد على التنفيس الانفعالي والاستبصار، وبالتالي لا يتم اعتباره منهجاً سلوكياً.

وقد كانت (كيلي) عام 1955م من العلماء الذين ساهمت إنجازاتهم ولو بشكل غير مباشر في تطوير التدريب التدعيمي. لقد اعتمدت منهجاً يجمع ما بين علم النفس السلوكي والمعرفي، وباختصار فإن هذا المنهج يفترض عمل مخطط لشخصية خيالية خالية من القلق والسلوكيات غير التكيفية ودفع المسترشد لتبني دور هذه الشخصية.

وقد تبنى (البرت اليس) إجراءات وتمرينات ذات تشابه كبير مع إجراءات التدريب التدعيمي الحديثة والحالية.

ونعود لكتابات Wolpe التي كان لها أعظم الأثر في التقنيات المستخدمة حالياً في هذا المجال، وقد اعتبر Wolpe أن العلاج بالتدريب التدعيمي هو حالة من حالات الكف المتبادل، إذ يعمل توكيد الذات على خلق استجابة مضادة للقلق بمثل استجابة الاسترخاء.

2- تأكيد الذات "التدعيم"

إن موضوع تأكيد الذات يحظى باهتمام كبير سواء على المستوى المدرسي أو العام، لما له من أهمية كبيرة في مساعدة الطلبة على التصرف بشكل مؤكد للذات على اعتبار أنه ينمي الذات لديه، بينما التصرف بشكل غير مؤكد للذات هزيمة للذات وإحباطاً لها، وعلى ذلك يعمل المرشدون بدافعية عالية، وبذل الجهود من أجل مساعدة الآخرين على أن يتغيروا ويصبحوا أكثر تأكيداً لذاتهم.

وقد عرّف (جاكوبوسكي وساكتور) Jackubowski and Sector عام 1973 تأكيد الذات بأنه: ((التعبير عن الذات حيث يدافع الفرد عن حقوقه الإنسانية الأساسية دون التعدي على حقوق الآخرين))، ويعتبر هذا التعريف من أبرز التعريفات لمفهوم الذات.

إن معظم تعريفات تأكيد الذات تتفق على جوانب مشتركة من أهمها:

* إن تأكيد الذات يتضمن بشكل واضح التعبير عن الذات.
* احترام حقوق الآخرين في التعبير عن ذواتهم بالإضافة إلى تعبير الفرد عن رأيه بوضوح وثقة.
* إن استجابة الفرد المؤكدة هي استجابة صادقة، وتتفق مع ثقافة المجتمع والموقف الذي يعيشه الفرد والناس الذين حوله.

هذا ويشار إلى أن تأكيد الذات (التدعيم) هو الانسجام والتناغم بين ما يقوله، ويشعر به، ويفكر به، ويفعله الفرد في خط واحد مترابط.

ويفترض أسلوب توكيد الذات على أن هناك حقوقاً إنسانية أساسية علينا أن نعمل على تأكيدها واحترامها، وأن هناك مهارات ترتبط بالذات الإنسانية يمكن أن تنمو وتتطور.

إن معظم أصحاب النظريات في علم النفس يميلون إلى الاتفاق بشكل عام على أن أنواع الخبرات المبكرة يمكن أن تقود إلى التأكيد أو عدم التأكيد، فالتأكيد للذات ((التدعيم)) لا ينظر له على اعتبار أنه خاصية تظهر في مرحلة المراهقة، أو في بداية سن الرشد صدفة، وإنما علينا أن ندرك أن تأكيد الذات أو عدمه إنما يعتبر أنماطاً متعلمة من خلال الاستجابة لمواقف اجتماعية مختلفة، إن تأكيد الذات يتطور تدريجياً مع السنين كنتيجة لتفاعلات الطفل مع والديه، ومع أشخاص كبار مميزين في حياته. فإذا عوقب الطفل كل مرة يرفع بها صوته، أو قام بعمل إزعاج والديه، فإن ذلك يؤدي بالطفل إلى أن يصبح انطوائياً، أو غاضباً وعدوانياً، لذلك فإن الأطفال والكبار الذين يتصرفون بعدوانية فإنهم يكونوا قد نقلوا سلوكهم من خلال نماذج إنسانية هامة في حياتهم، وبالتالي فإنهم يتصرفون بعدوانية عندما يكونون تحت ضغط ما، ومن جهة ثانية فإنه يمكن للخوف أن يعيق التصرف المؤكد للذات عن الفرد، فإذا عوقب الطفل لصوته المرتفع، أو لقوله (لا)، فإنه سيعاني من الخوف عندما يحتاج في موقف ما أن يرفع صوته، أو يقول (لا)، لأن الآخرين يعتبرون هذا التصرف تصرفاً غير لائق، وبالتالي فإن الطفل تعزز لديه معرفة أنه لكي يكون جيداً، لا بد أن يكون هادئاً.

وتنطلق أساليب التدريب على توكيد الذات لمعالجة عدم توكيد الذات من عدة نظريات من بينها: النظرية السلوكية، والنظرية المعرفية، ونظرية التعلم الاجتماعي.

وتعتبر النظرية السلوكية إلى سلوك عدم توكيد الذات بأنه سلوك متعلم يمكن فهمه وتفسيره في ضوء مفاهيم التعلم السلوكية، ويمكن ضبطه وتعديله في ضوء هذه المفاهيم، وقد اهتم (سالتر) Salter بتوكيد الذات، وأبرز نمط السلوك التوكيدي وإيجابياته حيث انطلق من مفاهيم نظرية (بافلوف)، فالطفل يتعلم من بيئته أنواعاً كثيرة من السلوك بطريقة

الأشراط الكلاسيكي من غير إرادته، وميز (سالتر) بين نمطين من الشخصية الإنسانية هما:

1- الشخصية المكبوحة (المقيدة) وهي شخصية منسحبة حابسة لانفعالاتها.

2- الشخصية المنطلقة: وهي شخصية تلقائية إيجابية مباشرة لا ينتابها القلق.

ويعتبر (سالتر) أن كل الاضطرابات النفسية ناتجة عن الكبح، وعلى ذلك فإن عملية الإرشاد هي إزالة الكبح وإبطاله عن طريق إعادة الأشراط بواسطة الإثارة، الأمر الذي يؤدي إلى تحرير كل الانفعالات لدى الفرد مما يمكنه أن يعبر عنها بحرية وصراحة.

كما اهتم (ولبي) Wolpe بتوكيد الذات واعتبر أن العلاج بالتدريب على توكيد الذات هو حالة من حالات الكف المتبادل، إذ يعمل توكيد الذات استجابة مضادة للقلق بالمثل، كالاسترخاء، واستجابة توكيد الذات تستمر خارج موقف العلاج، وتظهر في مواقف الحياة المناسبة.

أما (لازاروس) Lazarus فينظر إلى أسلوب توكيد الذات على أنه حرية الفرد في التعبير الانفعالي وحريته في العمل وقد يكون:

* الاتجاه الإيجابي: يتم التعبير عن الأفعال والانفعالات الإيجابية الدالة على الاستحسان، والتقبل، وحب الاستطلاع والاهتمام والحب والود والمشاركة والصداقة والإعجاب.

* الاتجاه السلبي: يتم التعبير عن الأفعال والانفعالات الدالة على الرفض وعدم التقبل والغضب والألم والحزن والخوف والشك.

أما نظرية العلاج العقلي – العاطفي (RET) فتنظر إلى توكيد الذات، وجهة نظر (إليس) Ellis من حيث أن الذي يؤكد أن الأفكار والمعتقدات، والألفاظ غير العقلانية لدى الأفراد تساهم بشكل كبير في السلوك

اللاعقلاني، والسلوك غير المؤكد للذات، وهم يعتبرون أن هذه المعتقدات ذات طبيعة لا إرادية، لأنهم يفتقرون إلى توكيد الذات في كل المواقف، وبالتالي يقومون بعقاب وتوبيخ أنفسهم ويخلقون لأنفسهم قدراً كبيراً من عدم الراحة والاضطراب في علاقاتهم.

ومن الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية المرتبطة بسلوك توكيد الذات:

* من الضروري أن يكون الإنسان محبوباً ومقبولاً من الآخرين في كل ما يقوم به.
* يجب أن يكون الفرد فعالاً وأن ينجز بشكل كامل كل ما يقوم به.
* أن سعادة الإنسان تنتج عن الطريقة التي يعامله بها الآخرون، ونحن نسبياً عاجزون عن التخلص من المخاوف التي نحملها معنا في علاقتنا مع الآخرين.
* يستطيع الإنسان أن يكون أكثر سعادة إذا عملنا أقل ما يمكن عمله واستمتع بحياته على النحو الذي يستطيعه.

وتنظر نظرية التعلم الاجتماعي، ووجهة نظر العالم (باندورا) Bandura الذي أشار إلى التأثيرات القوية للنماذج على الأطفال. فالأطفال من كلا الجنسين يميلون لأن يسلكوا سلوكاً عدوانياً بعد مشاهدة فيلماً كرتونياً، أو مشاهدة أناساً في الحياة الواقعية يتصرفون بعدوانية، ثم يكافأون على ذلك، إلاّ أن السلوك العدواني ليس هو السلوك المؤكد، لذلك إن كثيراً من الناس يسلكون سلوكاً غير مؤكد لأنه لم تتح لهم الفرصة ليشاهدوا نماذج في أدوار مؤكدة، وكيفية تطورها، أو لأن الأفراد الكبار في حياتهم لا يفرقون بين السلوكيات العدوانية والمؤكدة، الأمر الذي لا يساعدهم على التعلم بشكل مفصل.

3- أنماط الاستجابة الصادرة عن الفرد

لقد ميز الباحثون بين تأكيد الذات والعدوان حيث يرى (لانج جاكبسون) بأن العدوان يتضمن خرقاً لحقوق الآخرين.

وبما أن نظرية توكيد الذات تنطلق من المبدأ القائل بأن كل شخص له حقوق إنسانية لا بد من احترامها، والناس يقسموا في عدة أنماط، وهذه الأنماط يمكن تقسيمها كما يلي:

أ- نمط مؤكد لذاته: ويعبر فيه الفرد عن ذاته بشكل يحترم فيه حقوقه الشخصية وحقوق الآخرين في مختلف المواقف التي تواجهه.

ب- نمط غير مؤكد لذاته: وهنا لا يقوم هو بنفسه بتخطيط حدوده بل يترك هذا الحق للآخرين مما يؤدي إلى اعتدائهم على حقوقه.

جـ- نمط عدواني: ويبدو واضحاً عندما يتعدى الفرد على حقوق من حوله.

وبما أن نمط العدوانية وعدم توكيد الذات كلاهما يخلقان حالة من عدم التوازن العاطفي بين طرفي الاتصال، ومن هنا فهناك تشابهاً بينهما لأن كلاهما غير وظيفي وغير فعال، كذلك لأنهما يستخدمان وسائل غير مباشرة للتعبير عن الرغبات والمشاعر.

فعندما يرفض الفرد غير المؤكد لذاته أن يجاهد لأخذ حقوقه، فهو يخلق حالة من عدم التوازن يهتم فيها بحقوق الآخرين دون أن يأخذ بالاعتبار حقوقه الخاصة به، وبالنسبة للشخص العدواني فهو أيضاً يخلق حالة من عدم التوازن ولكن بشكل آخر حيث يعطي نفسه أكثر مما تستحق من حقوق.

ومن ناحية أخرى فإننا نجد الشخص المؤكد لذاته يسعى إلى إيجاد التوازن وذلك لمحاولته الحصول على حقوقه وفي نفس الوقت يبقى محافظاً على حقوق الآخرين.

ويمكن توضيح أنماط الاستجابة كما وضحها (Kelly) في الجدول التالي:

غير مؤكد للذات	مؤكد للذات	عدواني
قليلة جداً، متأخرة جداً، لا توجد أبداً	سلوكيات ملائمة وكافية في الوقت المناسب	كثيرة وسريعة جداً
يوجد صراعات في العلاقات الشخصية	حل مشكلات	يوجد صراعات في العلاقات الشخصية
اكتئاب	شعور إيجابي نحو الآخرين	شعور بالذنب
شعور بالعجز	شعور إيجابي تجاه الذات	رؤية ضعيفة للذات
إيذاء النفس	شعور بالرضى والاكتفاء	إيذاء الآخرين
تضييع الفرص	خلق فرص عديدة	تضيع الفرص
الشعور بالضغط والتوتر	الشعور بالاسترخاء	الشعور بالضغط والتوتر
عدم القدرة على ضبط الذات	القدرة على ضبط الذات	عدم القدرة على ضبط الذات
كره النفس والآخرين	حب الذات والآخرين	كره الآخرين

ملاحظة:

هذه أوصاف للاستجابات الصادرة عن الفرد في حالة كونه غير مؤكد لذاته، أو في حالة كونه مؤكد لذاته، أو في حالة كونه عدوانياً.

جدول أنماط الاستجابات الثلاثة

أولاً: استجابة مؤكدة للذات Assertive

الانفعال	السلوك غير اللفظي	اللغة المستعملة	النتائج
يعبر عن مشاعره الحقيقية لا ينكر حقوق غيره مرتاح، مستمع أعصاب هادئة. صوت مريح وبمستوى عادي. لا يكبت مشاعره. توتره بمستوى معقول ومقبول متناغم مع نفسه بين ما "يقول ويفعل ويشعر" ولا يعكس صورتين متناقضتين في شخصيته. يتعامل مع مشاعره كما تحدث	يقف بشكل مريح وبإقدام. اتصال بصري جيد (نظرات ثابتة ومتنقلة ويتجنب البحلقة وخفض النظر للأسفل تعبيراً عن الخجل). يتحدث بصوت قوي ونغمة ثابتة (لا عالي ولا منخفض). يترك يديه على جنبيه يدافع عن نفسه بطريقة مستقلة. تعابير الوجه وإيماءات الجسم مريحة وغير متوترة.	غالباً تبدأ جملة بـ: (أنا أريد، أنا أشعر، أنا أعتقد، ماذا تعتقد، كيف يمكن أن نحل ذلك، ماذا ترى، كيف يمكن أن نتوصل إلى ...الخ.	يعمل على حل المشاكل. سلوكه مناسب وكافي في الوقت المناسب. يشعر بشكل جيد تجاه الآخرين. يشعر بالاكتفاء. يشعر بالرضا عن نفسه. يشعر شعوراً حسناً تجاه نفسه والآخرين. يصنع غالبية الفرص كما يختلقها. يشعر بالارتياح. يشعر بالسيطرة على النفس. الشعور بالثقة بالنفس. يحب نفسه والآخرين.

ثانياً: استجابة غير مؤكدة Non-Assertive

الانفعال	السلوك غير اللفظي	اللغة المستعملة	النتائج
يخفي مشاعره وتوتراته ويتعايش مع انفعالاته مثل الخوف والقلق والاكتئاب لأنه لا يستطيع أن يعبر عن مشاعره لفظياً. الشعور بالضعف. توتر الأعصاب.	اعتمادي، يتململ، جسمه مرخي وكأنه سقط فجأة طمس النفس حشرجة في الصوت. عيون مسبلة. يتحرك بعيداً عن الموقف. يتردد، تمتمة. فرك وعصر اليدين	يمكن بتصوري، إذا كنت تستطيع، فقط، لو، لا أستطيع. من الجمل: (آه، حسناً، أنت تعرف، أحرف العطف). كلمات للنفي مثل: في الحقيقة، ليس مهماً، لا تقلق	استجابات قليلة ونادرة، متأخرة جداً، لا توجد. صراع في العلاقات الشخصية، الشعور بالغضب. الشعور بالاكتئاب. الشعور بعدم القدرة. صورة الذات ضعيفة. يؤذي نفسه. يضيع الفرص. يشعر بالضغط. يشعر بفقدان السيطرة. يكره نفسه والآخرين. مدمن. يشعر بالوحدة.

ثالثاً: استجابة عدوانية Aggressive

الانفعال	السلوك غير اللفظي	اللغة المستعملة	النتائج
توتره يتوجه إلى الخارج. غاضب جداً. صوت عالي ومرتفع. يتهجم ويهدد باستمرار.	صوت مرتفع. حماقة. انحناء للأمام. نغمة صوت مرتفعة. عجرفة. جمل متقطعة وغير واضحة. رسالة مشوشة. تعبير بأسلوب غير لفظي. التحرك ضد الموقف.	تهديدات باستمرار: ((من الأفضل لك، إذا لم تنتبه، يجب، سيء الألفاظ، وتثير العصبية، حتماً، إنك تمزح ....الخ)).	استجابات عديدة متنوعة، سريعة جداً، متأخرة جداً. صراع في العلاقات الشخصية. الشعور بالذنب. الشعور بالإحباط. صورة الذات ضعيفة. يؤذي الآخرين. يضيع الفرص. الشعور بالضغط. يشعر بفقدان السيطرة. يكره الآخرين. مدمن، يشعر بالوحدة. يشعر بالغضب.

4- تحديد المهارات

حتى يبدأ المرشد التدريب على التدعيم وتوكيد الذات يجب عليه أن يعرف ما هي المهارات التي يحتاجها المسترشدون ويفتقرون لها، ويحدد المرشد المهارات الاجتماعية التي يحتاجها المسترشدون من خلال المصادر التالية:

1- الرجوع إلى الأدب التربوي المتعلق بمهارات توكيد الذات، والرجوع إلى ما كتب حولها.

2- الاستفادة من مقابلات أولياء الأمور والمعلمين، ومدير المدرسة، حول المهارات التي يحتاجها الطلاب.

3- إعداد قائمة أو استبانة شاملة بعدد من المهارات الاجتماعية وتعريف كل مهارة إجرائياً، ووضع سلم يتكون من أربع درجات لتقدير مستوى أداء الطالب لهذه المهارة.

4- مقياس توكيد الذات (لراتوس).

5- مقياس توكيد الذات لـ (ولبي ولازورس).

5- أساليب التدريب التدعيمي

1- إصدار التعليمات Instruction.

يقوم المرشد بإخبار المسترشد بسلوكيات معينة متوقع حدوثها، ويجب أن تكون التعليمات واضحة بحيث تساعد المسترشدين في تحسين الاتصال البصري والتحدث بصوت عالٍ.

2- النمنجة Modeling.

يقوم المرشد في العديد من المرات بعرض السلوك المرغوب به للمسترشد حتى يقوم الأخير بتقليده، والجدير بالنكر أن النماذج الحية والمصورة يمكن استعمالها بكفاءة وفاعلية.

3- تكرار واستعادة السلوك ((لعب الدور)) Behavior Rehearsal "Role Playing".

ويتضمن نلك لعب الدور خلال الجلسات الإرشادية، وهنا نميز بين السلوكات الفعالة وغير الفعالة في المواقف المتبادلة، أما الأداءات فإنه يتم ممارستها بمواقف مختلفة، ثم يتم نقد السلوكيات غير الفعالة.

4- التغنية الراجعة Feedback.

ويقصد بها تعليقات المرشد على سلوك المسترشد، ونلك بعد تزويده بالتعليمات لإنجاز مجموعة من السلوكيات، إن التغنية الراجعة الإيجابية والسلبية تؤدي إلى تغيير سلوكي ملحوظ.

5- التعزيز الاجتماعي Social Reinforcement.

ويتضمن الثناء على المسترشدين عند إتقان الاستجابات المرغوبة، ويجب أن يوضع في الاعتبار أن الاستجابة التي نهدف إلى الوصول إليها تتشكل بالتدريج من خلال استعمال الثناء (التعزيز).

6- الواجبات البيتية Homework Assignment.

هناك جزء لا يستغنى عنه للتدريب التدعيمي وهو تنفيذ واجبات بيتية لها طابع سلوكي، إذ أنه من خلال هذه الواجبات فإن المسترشدين باستطاعتهم أن يطبقوا ما تعلموا حديثاً في الجلسات الإرشادية على المواقف التي تتطلب علاقات متبادلة في الحياة الحقيقية، فالمسترشدين ممكن أن يوافقوا أو يرفضوا طلبات معينة، كما أنهم يستطيعون أن يعبروا عن مشاعرهم وأفكارهم في الأوقات المناسبة، وهكذا من الممكن

أن يحتفظوا بسجل يسجلون به تقدمهم كما يسجلون به المصاعب التي واجهتهم أثناء تنفيذ ما يطلب منهم.

6- كيفية تطوير السلوك غير المؤكد للذات

يرى علماء النفس أن هناك أهمية كبيرة لخبرات الطفولة المبكرة، وذلك لما لها من أثر في أن الفرد مؤكد لذاته أو غير مؤكد لذاته، حيث أن توكيد الذات عملية متعلمة من الاستجابات المناسبة في المواقف الاجتماعية المختلفة، ويبدو أن عملية التعلم الاجتماعي واضحة، وكما يلي:

1- دور الراشدين في حياة الفرد:

يحدث تطور السلوك بالتدريج نتيجة لأنواع التفاعل الاجتماعي بين الطفل وأبويه، والأشخاص المهمين في حياته، فإذا عوقب الطفل في كل مرة يتحدث فيها بصوت مرتفع، أو في كل مرة يلعب بها بطريقة مزعجة لوالديه فإنه يصبح انسحابياً أو عدوانياً.

2- دور النمذجة Modeling:

أظهر العالم (Bandura) في أبحاثه قوة تأثير النماذج على سلوك الأطفال. فعندما يشاهد الطفل السلوك العدواني من قبل الراشدين في مواقف معينة، فإنهم سيقلدون هذا السلوك خاصة إذا وجدوا أن الكبار سيحققون مكاسب معينة بعد قيامهم بالسلوك، فمثلاً الطفلة التي تلاحظ معاناة أمها بهدوء ولأعوام عديدة في تحمل طلبات والدها المزعجة، فإنها سوف لن تتعرف على السلوكيات المؤكدة للذات عند تلبية طلبات زوجها.

3- الخوف المتعلم أو الشرطي:

يعيق الخوف الشرطي أو المتعلم السلوك التوكيدي، وذلك عندما يعاقب الطفل لما يعتبره الآخرون إساءة في السلوك كقول (لا) فإنه سيقوم باختبار

الخوف مرة أخرى عندما يحتاج لقول (لا)، أو عندما يريد التعبير عن رأيه مما يؤدي إلى ارتباط الألم بالسلوك التوكيدي.

4- المعتقدات:

ناقشت (إليس) في نظريتها العلاج العقلي العاطفي بعض الأفكار اللاعقلانية المؤدية إلى سلوك غير منطقي وغير مؤكد للذات، مثل أن يعتقد الفرد أنه من الضروري أن يحصل الفرد على الحب والقبول لكل ما يقوم به، أو الاعتقاد بأن السعادة تكون في الطريقة التي يعامله بها الآخرون.

5- قلة حصيلة الفرد من الاستراتيجيات التكيفية:

وذلك بهدف استخدامها عند الشعور بالقلق، كذلك في حالة المبالغة في الأحكام والقيم الاجتماعية، مما ينمي مشاعر عند الفرد بأن حقوق الأشخاص الآخرين أهم من حقوقه.

7- خطوات العلاج

يبدأ العلاج بالتدريب التدعيمي من خلال خطوات محددة عامة موضحة، وكما يلي:

7-1: التقييم الأولي

يبدأ التدريب التدعيمي من خلال تقييم حاجة المسترشد له -أي حاجته للتدريب- وتقييم مدى ملائمة هذا النوع من العلاج لهذه الحالة، وفي المقابلة الأولية للمسترشد قد يرى المسترشد بأن التدريب التدعيمي مناسب للمسترشد. وكي يتأكد من اعتقاده يقوم بتقديم اختبار لسلوك التدعيم لدى المسترشد، أو استخدام استبيان خاص لقياس السلوك التأكيدي للمسترشد، وبالطبع فلا يمكن الاعتماد على نتائج الاختبارات بشكل قطعي، وقد يكون من المناسب أن يطلب المرشد من المسترشد

بتسجيل لسلوك لفترة من الزمن (عدة أيام) ويوجه المسترشد جهده لتسجيل جميع التفاعلات الاجتماعية التي يتصرف فيها. كما يوجه جهده لتحديد الكيفية التي رغب أن يتصرف بها خلال هذه المواقف، وعندما يتأكد المرشد بأن المرشد:

* غير قادر على الدفاع عن نفسه في المواقف التي شعر خلالها بأنه قد عومل بطريقة غير عادلة.
* عندما لا يستطيع الاستجابة من خلال مصلحته الشخصية للمواقف والأحداث التي تؤثر في حياته أو حياة أسرته، أو أنه يواجه صعوبة في الاستجابة.
* عندما يواجه صعوبة في التعبير عن مشاعر الحب والعاطفة للأشخاص المهمين في حياته.

عندما يتأكد المرشد مما سبق ذكره، فإنه يبدأ بتطبيق إجراءات التدريب التدعيمي.

7-2: المعالج كنموذج لتأكيد الذات

في هذه الخطوة يبدأ المعالج بتقديم توضيح للمسترشد حول أسلوب المعالجة ومبرراتها. وعلى المرشد أن يكون متأكداً من نفسه وواثقاً من استخدامه للتدريب التدعيمي في هذه الحالة. وينبغي إطلاع المسترشد على ما سيتم إجراؤه وعلى مبررات الإجراء مع التأكيد بأن هذه الإجراءات كانت فعالة عند استخدامها في حالات مشابهة.

وعند بداية تقديم العلاج، فمن المهم أن يكون واضحاً لدى المسترشد حقه لأن يطلب ما يريد، وحقه في رفض الأمور التي لا يرغب بها، وعلى المرشد أن يؤكد له بأنه إذا تنازل عن ممارسة هذا الحق فإن الأشخاص الآخرين لن يقيموه إيجابياً، وإذا ظهر المسترشد نفسه كإنسان خاسر

وتصرف كإنسان فاشل، فإن الآخرين سيعاملوه كإنسان فاشل وبالتالي سيكون فاشلاً.

كذلك من المهم أن يساعد المرشد المسترشد على التمييز بين سلوك تأكيد الذات وغيره من السلوكيات، وذلك على متصل يضع تأكيد الذات في منتصفه وأحد طرفيه هو سلوك العدوان، والطرف الآخر هو سلوك السلبية.

استجابة العدوان	توكيد الذات	استجابة السلوك السلبي
⟵	■	⟶
عدوانية		خجل وانسحاب

ومن خلال هذا المتصل يكون سلوك تأكيد الذات هو حق الفرد لممارسة طلب شيء أو رفض شيء، دون الاعتداء المتعمد على حقوق الآخرين. أما العدوان فيتضمن اعتداءاً على حقوق الآخرين من خلال ممارسة شيء على شكل إعطاء (أمر Demand). وعندما يطلب شخص شيئاً ما، فإن الشخص الآخر يستطيع الرفض، أما إذا قام شخص بأمر الآخر بشيء، فكأنه يفترض أن الشخص الآخر لا يمتلك حق الرفض. أما السلوك السلبي فيتضمن التخلي عن حق الطلب أو الرفض، أن هذا التقديم السابق للمسترشد يساعده على الاستبصار، وتؤكد الأبحاث بأن مثل هذا التقديم لعملية العلاج يسهل إجراءات المعالجة في المراحل التالية.

7-3: مراجعة مواقف الحياة

تبدأ المعالجة من خلال تقييم مطول لمواقف حياة المسترشد، وقد تبدو هذه الخطوة وكأنها إعادة للخطوة الأولى، التقييم الأولي، إلاّ أن الغرض من هذه الخطوة مختلف تماماً، إن الهدف من هذه الخطوة هو تحديد المواقف التي يتحتم على المرشد والمسترشد التعامل معها في العلاج. بالإضافة للتقييم المستمر لفعالية المواقف التي تم التعامل معها

بطريقة تدعيمية. كما على المسترشد أن يجيب من خلال عملية التسجيل عن الأسئلة التالية: ماذا حدث؟ مع من؟ متى؟ أين؟

هناك واحدة من الاستراتيجيات المفيدة لمساعدة المسترشدين على التسجيل وفهم سلوك التأكيد لديهم، أي تقسيم سلوك التأكيد لديهم، هو تقسيم سلوك التأكيد إلى طلب شيء أو رفض شيء أو طلب الدخول في تفاعل أو رفض الدخول في التفاعل، ويساعد هذا التقسيم المسترشد على إدراك نقاط القوة ونقاط الضعف في سلوك تأكيد الذات لديه.

4-7: ممارسة لعب الدور في مواقف افتراضية

تبدأ إجراءات المعالجة الفعلية من خلال لعب الدور في مواقف افتراضية قام المرشد في بنائها، وهي ليست مستمدة من مواقف حياة المرشد، إن المبرر لذلك هو تمرين المسترشد في مواقف ذات ترتيب معين تتدرج فيه من الأسهل إلى الصعب، ومن الأمثلة على هرم لمواقف افتراضية يمكن التدريب عليها:

1- رفض قرض 10 دنانير لشخص ما تعرفه، عندما لا تملك هذا المبلغ.

2- رفض قرض 10 دنانير لصديق ما تعرفه، عندما لا تملك هذا المبلغ.

3- رفض قرض 10 دنانير لشخص ما عندما تملك هذا المبلغ.

4- رفض قرض 10 دنانير لصديق عندما تملك هذا المبلغ.

ويتم تطبيق تمرين لعب الدور من خلال التمرين السلوكي ((البروفة)) وهذا الأسلوب هو الأكثر شيوعاً، حيث يتطلب قيام المرشد والمسترشد بإجراء تفاعل شخصي فيما بينهما، وخلال بعض الوقت يلعب المرشد دور أحد الأشخاص المهمين في حياة المسترشد، وبما أن المسترشد هو المصدر الوحيد للمعلومات حول الشخص المرشد الدور بشكل أكثر واقعية، ويلعب المسترشد دوراً أكثر فعالية ومشاركة بتوجيهه للتفاعل،

يحدد المسترشد نوع التفاعل ويبدأ بالمحاولة الأولى ويتبع ذلك استجابة المرشد ((تبعاً لدوره)) ويتبع ذلك استجابة المسترشد.

ويحاول المرشد أن يقدم للمسترشد تغذية راجعة حول استجابته سواء أكانت هذه التغذية إيجابية أم سلبية. فإذا كانت الاستجابة سلبية فهي أيضاً تتضمن تصحيحاً لاستجابة المسترشد مع الأخذ بالاعتبار أن تقدم هذه التغذية بطريقة غير عقابية (بدون نقد).

وتستمر هذه العملية حتى يتأكد كلاً من المسترشد والمرشد بأن الاستجابة التي تم التوصل إليها هي استجابة تدعيمية بدرجة مناسبة. ومصحوبة بالقدر الأدنى من القلق، على أن الإستراتيجية الأفضل قد تجمع ما بين التغذية الراجعة والنمذجة. فعندما يقوم المسترشد بالاستجابة ويزوده المرشد بالتغذية الراجعة فإن هذه التغذية الراجعة يمكن أن تشمل عناصر الخطأ في تلك الاستجابة مع إيضاح نموذجي من قبل المعالج لطرق التصحيح، ومن الأهمية تشكيل السلوك التدعيمي لدى المسترشد، فبعد أن يقوم المسترشد بتقليد سلوك المعالج التصحيحي فإن المرشد يقوم بإظهار مكونات استجابة المسترشد التي تدل على تحسن تدريجي، ويقوم المرشد بإظهارها من خلال التعزيز.

فالمرشد قد لا يكون واقعياً إذا أراد من المسترشد أن يقوم بأداء متكامل وبشكل فجائي سريع. وبدلاً من ذلك فهو يعزز التحسن التدريجي في سلوك المسترشد المتجه نحو سلوك توكيد الذات. ويركز المعالج على التعامل مع أجزاء بسيطة من السلوك في كل مرة وبشكل متتابع حتى يتم الوصول للتفاعل المتكامل وبعد ذلك يمكن للمسترشد أن يقوم بإعادة تمثيل التفاعل بشكله المتكامل.

ويرى المعالجين في التدريب التدعيمي على محتوى السلوك التدعيمي اللفظي من جهة وعلى محتواه الجسمي (غير اللفظي) أيضاً. حيث يتم التركيز لفظياً على طلاقة الاستجابة، مدة الاستجابة، نبرة الصوت،

الاتصال بالعينين، التعبيرات الوجهية، انحناء الجسم باتجاه الشخص أو بعيداً عنه.

وباستخدام تكنيك عكس الدور، فإن المرشد يلعب دور المسترشد ويتمثل المسترشد سلوك الشخص الآخر في التفاعل، وهي فرصة لتقديم محتوى أكثر واقعية للتفاعل من خلال تجربة المسترشد لمشاعر الشخص الآخر وتقييمها، وهذا التكنيك مناسب مع المسترشد الذي يحمل توقعات سلبية غير واقعية حول رد فعل الآخرين لسلوكه التدعيمي الجديد.

فعلى سبيل المثال ذلك الشخص الذي يجد صعوبة كبيرة في التعبير عن عدم موافقته مع رئيسه في العمل دون التسبب في إهانته، فعندما يلاحظ استجابة المعالج النموذجية والتي تظهر عدم الموافقة بشكل مناسب، فإنه سيستجيب من خلال دورة (الشخص الآخر)، وسيجد بأن الاستجابة التدعيمية من قبل المعالج لم تتسبب في استمرار أية مشاعر سلبية صادرة عنه.

ويمكن استخدام أسلوب الاستجابة الفعالة الدنيا Minimal Effective Response وهي الاستجابة التي تحقق هدف المسترشد بأدنى جهد منه وبأقل قدر من الانفعال اسلبي الواضح، وهي الاستجابة التي يمكن أن ينتج عنها أقل قدر من النتائج السلبية، فإن هذه الاستجابة التدعيمية مطلوبة في المواقف التي على المسترشد أن يدافع من خلالها عن حقوقه.

ومن الأمثلة على هذه الاستجابة:

1- موظف في محطة للوقود، لا يقوم بتنظيف نافذة السيارة بعد غسلها.

* أتساءل إن كان بإمكانك أن تقوم بتنظيف نافذة السيارة، إنها تبدو متسخة جداً هذا اليوم.

2- يقوم الحلواني باحتساب ثمن الحلوى التي لم يطلبها ضمن العشاء.

* أعتقد بأنك قد قمت بخطأ ما في الحساب، هل تمانع مراجعته ثانية.

ولكي يستطيع المسترشد القيام بالاستجابة الفعالة الدنيا خارج غرفة الإرشاد، فهو بحاجة لتعلم الاستجابات التي تلبي هذه الاستجابة، والتي يمكن أن يستعملها في مواجهة ردود فعل غير متوقعة من الآخرين، وهو بحاجة للشعور بأنه قادر على القيام بأكثر من استجابة فعالة دنيا، وللتحضير لهذا الموقف فإن على المرشد أن يقوم بتدريب المسترشد على استجابات ذات محتوى أكثر تهديداً وسلبية، ومن الضروري أن ينكر المرشد للمسترشد دوماً بأن هذه الاستجابات نادراً ما تتم الحاجة لها، وهذا التنكير مهم حتى لا يتعرض المسترشد لنتائج غير مرغوبة لسلوكه التدعيمي.

وخلال التدريب، فمن النادر أن يقوم المرشد بإتباع استجابة المسترشد بنتائج سلبية، لأن هذا من شأنه أن يؤدي إلى منع حدوث هذه الاستجابة خارج غرفة الإرشاد.

وقد يبدو محتملاً أن يتبع استجابته نتائج سلبية تتمثل في العنف الجسدي أو التهديد من قبل الشخص الآخر، وفي حقيقة الأمر فإن الاستجابة التدعيمية في الحياة الواقعية لا تقابل دوماً بالنجاح. ولكنها غالباً ما تكون ناجحة.

إن احتمال ظهور التهديد والعنف هو أقل مما يعتقد أي مسترشد، والوسيلة الأفضل لتجنب هذا الاحتمال تتمثل في تركيز المسترشد على طرق لإعلام الشخص الآخر بأن من يقوم به هو مصدر للإزعاج الشخصي وعدم الراحة. وتجنب إصدار جملاً تشير للهجوم الشخصي أو الإذلال الشخصي.

استخدام الهرم:

يستخدم المرشد هرماً للقلق في علاج القلق، بواسطة تقليل الحساسية التدريجي، أيضاً يمكن استخدام هرم التدريب التدعيمي، إلاّ أن

وضع جزء من الهرم في المكان الخاطئ، بحيث يكون المسترشد غير مستعد له، أمر يمكن أن يسبب ضرراً من التدريب التدعيمي بدرجة أكبر مما لو وجد هرم لقلق، وهذا الأمر يتضح من خلال مساعدة المسترشد في التعبير عن العدوانية، فإذا لم يكن المسترشد مستعداً للتعبير عن مشاعر عدائية بشكل مناسب نحو والده على سبيل المثال، فإن تدريبه على ذلك من شأنه أن يشعره بالخوف لدرجة قد تمنعه من مواصلة التدريب والعلاج.

يتم ترتيب المواقف في هرم التدريب التدعيمي بناءاً على الدرجة التي يشعر فيها المسترشد بالقلق والإحباط والحساسية في كل موقف، حيث يتم ترتيب المواقف من أقلها استجراراً لتلك المشاعر وحتى أكثرها استجراراً لهذه المشاعر.

ومن الأمثلة على هرم التدريب التدعيمي هو ذلك اهرم الذي توصل إليه أحد المحاسبين لمواجهة المشرف على عمله والذي يبدي سيطرة زائدة عليه:

1- إن مشرفك يجلس أمام مكتبه وأنت ما زلت تعمل منذ ثلاثة أيام عملاً لساعات إضافية وتريد المغادرة مبكراً حتى تحتفل بعيد ميلاد ابنك في المنزل، أنت تتقدم لمديرك لطلب المغادرة.

2- يمر المشرف وأنت جالس وعلى الرغم من حضورك مبكراً إلاّ أنه يسألك بلهجة ساخرة، هل تأخرت بالحضور للعمل اليوم.

3- يلاحظ المشرف على العمل وبشكل دقيق بأنك وزملائك أصبحتم مستغرقون طويلاً في الاستراحة.

4- يتهم المشرف أحد زملائك وبشكل غير عادل بأنه قام بعمل غير شريف.

5- تتقدم من المشرف لتطلب منه إعادة جدولة إجازتك بحيث تصبح في شهر (7) بدلاً من شهر (11).

6- ما زلت تعمل لساعات إضافية منذ أسبوع والمشرف يطلب منك أن تقوم بنفس الشيء للأسبوع القادم وأنت تريد الرفض.

7- يلقي المشرف تعليقات ساخرة حول مغادرتك بشكل مبكر يوم الأربعاء للالتقاء بالطبيب.

8- تطلب من المشرف زيادة الراتب.

9- تريد أن تخبر المشرف بأنه إذا لم يقبل زيادة الراتب فسوف تترك العمل.

7-5: لعب الدور في مواقف حياة المسترشد

تبدأ هذه المرحلة باختبار مواقف من حياة المسترشد ليتم ممارسة لعب الدور من خلالها وينبغي استخدام المواقف التي ينجم عنها أقل قدر من عدم الراحة. وبعد ممارسة لعب الدور من هذا الموقف، وهندما يشعر المسترشد بالراحة يمكن الانتقال لمواقف أكثر صعوبة.

7-6: ممارسة تمارين بسيطة في العالم الواقعي

وفي هذه المرحلة يوجه المسترشد لممارسة واجبات بيتية بسيطة تتضمن القيام بمهمات من عالمه الحقيقي، وخارج نطاق غرفة الإرشاد، ومن الأمثلة على المهمات:

1- الدخول لمحل (كوى) Dry Cleaning وطلب خطاف لأن شخصاً ما قد حبس نفسه داخل سيارته.

2- الدخول لمحل (كوى) Dry Cleaning وطلب خطاف دون إبداء أي نوع من التوضيح.

3- الدخول لمحل بقالة وشراء غرض واحد صغير، وطلب كيس كبير لوضع الغرض به.

4- إعادة طعام تم إحضاره من المطعم.

إذا لم ينجح المسترشد في القيام بهذه الواجبات، يقوم المعالج بتعيين مواقف أسهل يتم ممارستها.

7-7: ممارسة الدور التاكيدي في الحياة

في هذه المرحلة يكون المسترشد مستعداً لممارسة السلوك التأكيدي المناسب في مواقف حياته الحقيقية، والتي قام بتسجيلها مسبقاً كمواقف صعبة ومشكلة. وينبغي تشجيع المسترشد على ممارسة السلوك التأكيدي مع الإيمان بأن النجاح يعتمد على مدى الفعالية من ممارسة حق الطلب أو حق الرفض.

ومن الاعتبارات الخاصة بلعب الدور:

في المجموعات الإرشادية قد يقوم أحد الأعضاء بدور الشخص الآخر الذي يتعامل معه المسترشد، ولذلك ينبغي إشعار هذا العضو بأنه يقوم بدور شخص من الصعب التعامل معه، أو أنه يقوم بدور شخص تأكيدي ولا ينبغي إشعاره بأنه يقوم بدور شخص سيء.

عادة ما يقوم المرشد بإنهاء لعب الدور بعد عدة محاولات، وقبل أن يتعلم المسترشد المهارة جيداً وقبل أن يشعر براحة كافية لقيامه بها وقبل أن يتكون لديه الاستعداد للقيام بالمهارة في العالم الخارجي، إن المرشد إنسان مدرب ويملك مهارات تأكيد الذات بدرجة متقدمة. وقد يشعر بالملل والضجر خلال لعب الدور مما يؤدي للافتراض بأن المسترشد مستعد للقيام بالسلوك في الحياة الواقعية وهو في حقيقة الأمر ليس كذلك.

لقد أشارت الدلائل التجريبية إلى أن التدريب التدعيمي يمكن أن يكون أكثر فائدة وفعالية إذا ما تم تطبيقه من خلال المجموعات الإرشادية – الإرشاد الجمعي مثلاً.

تتكون مجموعات التدريب التدعيمي عادة من معالج ومساعد بالإضافة للمسترشدين الذين يتراوح عددهم من (5-10) ومن خلال المجموعة فإن نماذج عديدة ومختلفة للسلوك التدعيمي المناسب يمكن تطبيقها، كما تتنوع المواقف التأكيدية والأشخاص الذين يكونون طرفاً في التفاعل كما يتوفر لكل فرد من المجموعة مدى واسع من التعزيز الاجتماعي الذي يتلقاه من بقية الأعضاء والذي من شأنه أن يقوي أداؤه. إن الأسلوب الأساسي للتدريب التدعيمي في المجموعات هو التمثيل السلوكي، حيث يقوم أحد الأعضاء بتقديم أحد المواقف المشكلة بالنسبة له، ويطلب منه أن يمثل السلوك الذي يقوم به عادة في هذا الموقف ويكون على أعضاء المجموعة تقييم سلوك المسترشد، وبهذا الشكل فإن كل عضو في المجموعة يكون مسئولاً بدرجة معينة عن تدريب بقية زملائه مع وجود المرشد الذي يقوم بالتوجيه الأساسي لعمل المجموعة.

يقترح المرشد أو أعضاء المجموعة، مجموعة من الاستجابات البديلة ويقومون بمناقشتها حتى يصلوا لاتفاق حول سلوك ما يعتبر تأكيدياً وبشكل مناسب، وبعد ذلك يقوم المرشد بنمذجة هذا السلوك أو يقوم أحد الأعضاء بذلك، النمذجة في هذه الحالة خبرة تعليمية لمن يقوم بالنمذجة ولمن يقوم بمراقبة النموذج، ثم يطلب من المسترشد الذي طرح الموقف أو المشكلة بأن يمثل هذه الاستجابة ويقوم أعضاء المجموعة بمراقبة أدائه، فإذا اتضح بأن سلوكه يتضمن درجة من القلق فإن إعادة تمثيل السلوك مرة أخرى يقلل من درجة هذا القلق.

وفي المجموعات التي تحتوي على أعضاء منسجمين اجتماعياً، فإن التمثيل السلوكي سيكون من التدريبات صعبة التطبيق في البداية.

ويمكن استعمال إجراءات أخرى تحضيرية تناسب طبيعة هؤلاء المسترشدين حتى نصل بهم لمرحلة يمكن فيها ممارسة التمثيل السلوكي.

إن إلقاء التحية تمرين مناسب في بداية عمل المجموعة، حيث يقوم كل فرد بإلقاء التحية على الفرد الذي يجلس بجانبه ويبادله الشخص الآخر بالتحية، ويتم تبادل التحية بين جميع أعضاء المجموعة.

كذلك يمكن استخدام التداعي الحر لتهيئة الأعضاء في المجموعة، حيث يقوم كل فرد بالتحدث لفترة بسيطة في حين يظهر بقية الأعضاء التقبل لكل ما يتحدث به، ومن الضروري تعزيز نبرة الصوت الدافئة والاتصال البصري في إلقاء التحية والحديث مع الآخرين عندما يطلب منهم ذلك.

بالإضافة لما سبق، فإن التدريب على تقديم المديح أو المجاملة وتقبلها يساعد في خفض القلق وزيادة استعداد الأعضاء للتدريب التدعيمي على مستوى أكبر، حيث يقوم أحد الأعضاء بالتشجيع والمديح لعضو آخر كأن يقول له مثلاً: ((تعجبني الطريقة التي سرحت بها شعرك لهذا اليوم))، ثم يتم تشجيع الشخص الآخر لتقبل المجاملة والرد عليها بطريقة إيجابية، مع مراعاة عدم تشجيع الرد بطريقة سلبية.

ومن التمرينات الشائعة أن يقوم كل عضو بالتحدث حول نفسه بطريقة إيجابية مثال: ... أحب روح الدعابة ...، أو أن يشترك مجموعة من الأعضاء في حوار بسيط، ويلاحظ أن معظم الأعضاء يقاومون هذا النوع من التمارين، لأنهم يعتقدون بأنه ليس لديهم ما يقال، ولذلك فمن المهم أن يوضح المرشد للأعضاء أنه ليس من الضروري أن يشارك العضو في الحديث بموضوع مهم، كما أنه من المهم أن يدرك الأعضاء أنهم ليسوا في محاكمة حتى لا يشعروا بقلق كبير حول ما ينبغي قوله في محادثة بسيطة، وعلى المرشد أن يشجع الأعضاء على التحدث دون طرح أسئلة، فالشخص الذي يطرح الأسئلة. يوجه الانتباه نحو من يستجيب وبالتالي فلن يتحدث كثيراً عن نفسه، وهذا الأسلوب في المحادثة يجعلها ذات طبيعة دفاعية.

ومن المحادثات التي تتضمن مواضيع لا يعرف أحد الأعضاء عنها سوى القليل من المعلومات، فإنه من المناسب تشجيع المسترشد على تغيير الموضوع ومقاطعة الحديث المستمر حوله وبطريقة ودية.

8- التدريب التدعيمي وعلاج العدوان الاجتماعي

تشير الأبحاث إلى أن التدريب التدعيمي مفيد جداً في التعامل مع أنماط العدوان والاعتداء الجسدي، ويمكن أن يفهم العدوان بجميع أنواعه كنتيجة لنقص مهارة الشخص في إظهار السلوك اللفظي التدعيمي المناسب في مواقف الحياة المختلفة، فالشخص الذي يصطدم به شخص آخر، أمامه خيارات عديدة للتصرف في هذه المواقف، وإحدى الاستجابات التأكيدية المناسبة يمكن أن تتمثل في العبارة التالية: ((لو سمحت، كن حذراً مرة أخرى))، أما الاستجابة العدوانية فيمكن أن تتمثل في قيام هذا الشخص بطعن الآخر بسكين.

أساليب تعديل السلوك المستخدمة في التدريب على توكيد الذات:

تشمل أساليب تعديل السلوك في التدريب التدعيمي على الأساليب اللفظية وغير اللفظية المناسبة في الموقف المناسب.

أ- الأساليب اللفظية:

1- طلب الخدمة من الآخرين: فهم يشعرون بأنه ليس لديهم الحق في تلقي خدمات الآخرين.

2- رفض تلقي الأوامر: عادة ما يقوم هؤلاء الأشخاص بأعمال كثيرة، لا يريدون القيام بها فقط لينالوا رضى الآخرين وحبهم.

3- عدم الموافقة السلبية أو الإيجابية: فهم يعتقدون بأن عليهم عدم إظهار الموافقة على رأي معين من أجل المحافظة على السلام والهدوء، وهم يتجنبوا الإيحاء بالموافقة والابتسامة بشكل متكرر.

4- إعطاء المديح وتلقيه: تعتبر من المهارات السهلة والممتعة في السلوك التوكيدي تماماً مع يقصده وما يشعره دون مبالغة كما أنه يجب أن يكون واثقاً بأنه يستحق المديح، لأن الشخص عير المؤكد لذاته ينقص تقدير الذات فيشعر بالحرج واحمرار الوجه.

5- التعبير عن المشاعر: يجب أن يعبر الفرد عن مشاعره تجاه الناس والأشياء بحيث يبدأ بجملة (أنا اشعر .....).

6- الحديث عن الذات بإيجابية: على المسترشد أن يشارك الآخرين بأفكاره الإيجابية وأن يحيطهم علماً بأي عمل ممتع. وأن ينكر تجاربه الذاتية في حدود المعقول.

7- استخدام لفظ (أنا): بحيث يكون على المسترشد أن يتعلم استخدام لفظ (أنا) ويمارسه في جملة يعبر فيها عن نفسه، أو ما يريد، كأن يقول ((أنا أريد، أنا أشعر)).

8- التحديث عن الذات بإيجابية: على المسترشد مشاركة الآخرين بتفكيره واقتراحاته الإيجابية بحيث ينكر تجاربه الذاتية بحدود المعقول.

9- البدء في الحديث ومعرفة ماذا يجب أن يقال: يعتقد غير المؤكد لذاته بأن مهارة الحديث هي مهارة طبيعية وغير موجودة عنده. وأنه خجول بطبيعته وهنا يجب إقناعه بأن مهارات الحديث هي مهارات متعلمة وأنه قادر على تعلمها.

ب- الأساليب غير اللفظية:

إن الاتصال غير اللفظي يدعم ويرفع من قيمة الرسالة اللفظية، أو قد يعمل على إلغائها تماماً تماماً، وقد أكد (ولبي) على أهمية الرسائل غير اللفظية. واعتبرها جزءاً هاماً في التدريب على السلوك التوكيدي.

كذلك أكدت الدراسات أن الرسائل غير اللفظية، أكثر أهمية من الرسائل اللفظية، كما أن عدم القدرة على معرفة الطريقة المناسبة في

التعبير غير اللفظي أعطيت أهمية. واقترح (ولبي) أن يطلب المرشد من المسترشد أن يستخدم جسده وجسمه فقط للتعبير عن مشاعره وأفكاره في موقف ما. وأن يقوم بهذا التمرين لمدة 2-3 دقيقة ثم يقوم بنمذجة هذا السلوك للمسترشد، وبعد عدة محاولات تصبح أكثر قبولاً ومناسبة.

9- نتائج البحوث على التدريب التدعيمي

تشير البحوث حول قياس السلوك التدعيمي إلى وجود مظاهر سلوكية عامة تميزه وهي:

1- الوقت المستغرق في النظر للشخص المستهدف.

2- مدى تكرار الابتسامات.

3- الوقت المستغرق في الرد على الشخص المستهدف.

4- مدى انسياب الحديث.

5- طلب تغيير سلوك الآخرين.

6- الانفعال.

9-1: دراسة حالة -تطبيق

عرض (ولبي) عام 1958م ثلاث حالات تمت معالجتها بنجاح وباستخدام التدريب التدعيمي:

1- الحالة الأولى: مندوب مبيعات يواجه مشكلات في علاقات العمل وعلاقته مع زوجته.

2- الحالة الثانية: فتاة تعتمد على الآخرين بشكل زائد مما يتسبب في رفضهم لها.

3- الحالة الثالثة: شخص يقوم بكبت مشاعر الغضب، ويقوم بإظهارها بعد ذلك بصورة مبالغة.

كما قام (ولبي) باستقصاء وجمع المعلومات حول نتائج المعالجات إلى (88) عميلاً كان أسلوب المعالجة الأساسي في خمس حالات منها هو أسلوب التدريب التدعيمي، وقد وجد أن متوسط عدد المقابلات العلاجية للحالات الخمسة كان (18) مقابلة، بالمقارنة مع متوسط المقابلات العلاجية لبقية الـ (83) حالة كان (45) مقابلة، وهذا الأمر يشير لفعالية التدريب التدعيمي كعلاج اقتصادي في الوقت، إلاّ أن التدريب التدعيمي يمكن أن يكون طويلاً نسبياً، فإذا كان المسترشد خائفاً لدرجة كبيرة، فقد يكون بحاجة لتقليل الحساسية التدريجي قبل البدء في التدريب التدعيمي.

وبالإضافة لما سبق فقد وصف (لازاروس) دراسات لحالات مختلفة متعلقة بالتدريب التدعيمي:

الحالة الأولى:

في هذه الحالة استخدم (لازاروس) أسلوب متشابه لتقليل الحساسية التدريجي بإقرانه مع التمثيل السلوكي Rehearsal Desensitization وقد كانت المسترشدة ربة بيت تعاني من اكتئاب مزمن وقلق في معظم المواقف التي تتضمن تفاعل مع أشخاص. وقد تضمن علاجها من خلال تصميم وبناء هرمين، الهرم الأول: لمواقف تدعيمية يمارسها المسترشد مع نفس الشخص، أما في الهرم الثاني: فيتضمن مواقف تفاعل مع شخصين أو أكثر، أظهرت نتائج المتابعة بأن السلوك التدعيمي استمر وأن أعراض الاكتئاب اختفت وزالت خلال فترة متابعة استمرت ستة أشهر.

الحالة الثانية:

تتضمن التدريب على ما أسماه (لازاروس) بحرية الانفعال ((التدريب على التعبير على المشاعر السلبية والإيجابية))، في المرحلة الأولى من العلاج تلقت المسترشدة تدريباً على تقبل مشاعر الغضب والتعبير عنها،

وأسفر ذلك عن تخفيض مستوى الاكتئاب لديها، وفي المرحلة الثانية من العلاج تلقت المسترشدة التدريب على التعبير عن المشاعر الإيجابية كمشاعر التقدير والعاطفة الجسدية.

وقد قام (هوسفورد 1969) بمعالجة فتاة في الصف السادس تعاني من الخوف من التحدث في غرفة الصف، وقد تضمن العلاج على استخدام أسلوب التشكيل كإجراء سلوكي، وهذا الأسلوب تضمن عبارات تأكيدية متدرجة تم التدرب عليها في مكتب المرشد بالإضافة إلى غرفة الصف، وفي نهاية العام تمكنت الفتاة من التطوع لتقديم موضوع شفهي أمام طلبة الفصل.

ومن الحالات أيضاً معالجة شاب عمره (22) عاماً من خلال الجمع ما بين التدريب التدعيمي واستخدام أسلوب التعاقد السلوكي. لقد كان المسترشد مقعداً ويستخدم كرسي متحرك وذلك نتيجة لإصابة دماغية، وقد كان له تاريخ امتد لثلاث سنوات يحتوي على أفعال عدوانية تضمنت إطلاق النار على أخته، تحطيم أثاث المنزل، إحداث فجوات في الحوائط، التهجم على المرضى. لقد تم بناء مجموعة من الأهرامات المتعلقة بالتدريب التدعيمي والتي تتعامل مع (4) مواضيع رئيسية، كيف يطلب المساعدة من طاقم التمريض؟ كيف يتعامل مع المرضى الآخرين؟ كيف يعرض الشكوى عن العلاج؟ كيف يقوم بمحادثة بسيطة؟

وبالنسبة للتعاقد السلوكي فإنه يسمح للمسترشد باستقبال زيارات منزلية إذا لم يظهر سلوكاً عدائياً خلال فترة (7) أيام قبل الزيارة. وكانت نتائج العلاج جيدة جداً، فبالمقارنة مع الخط القاعدي للسلوك العدائي (4 حوادث عدائية خلال شهر) لم يظهر المسترشد سوى حادثة اعتداء واحدة خلال (37) يوم، وخلال فترة المتابعة والتي استمرت (9) أشهر لم يقم المسترشد سوى باعتداء واحد أيضاً.

2-9: أمثلة على التدريب التدعيمي "توكيد الذات"

* طالب مع مجموعة من زملائه شكلوا فريقاً للعبة كرة القدم، وطلبوا من هذا الطالب الوقوف على حراسة المرمى. علماً بأنه غير بارع في هذا المجال ويجيد موقع آخر، وكانت الاستجابات التالية:

نوع الاستجابة	الاستجابة
عدوانية	لن أقف على حراسة المرمى ولو بأي شكل كان
غير مؤكدة	حسناً ... طالما ... هذا الذي تريدونه
مؤكدة	إنني أجيد اللعب في الدفاع أفضل من حراسة المرمى ... هل من الممكن اختيار غيري لهذا الموقع ...! أو أفضل اختيار غيري لهذا الموقع.

* ذهب شخص إلى المصور، وكان المصور مشغولاً ويريد أن يأخذ له صورة بأي شكل ليكسب الوقت ... وكانت الاستجابات التالية:

نوع الاستجابة	الاستجابة
عدوانية	أنا أملك النقود ... وأنت مصور وعليك تنفيذ ما تم طلبه منك ...
غير مؤكدة	خبرتك كافية لالتقاط صورة كما تريد
مؤكدة	أراك مشغول بعض الوقت ... هل أعود بعد ساعة.

* شخص دعي إلى حفلة عشاء، وكان لا يرغب في ذلك، كونه مشغول بالدراسة للامتحان، وكانت الردود التالية:

نوع الاستجابة	الاستجابة
عدوانية	أنا لا أحب الحفلات مطلقاً ... ثم ألا تعرف بأنني سأتقدم للامتحان غداً ... ما هذا الحديث؟
غير مؤكدة	حسناً ... أذهب إلى الحفلة.
مؤكدة	إنني مشغول بالاستعداد لامتحان يوم غد ... أبلغ الزملاء اعتذاري ...

* طالب تلفظ بشكل غير أخلاقي مع طالب آخر:

نوع الاستجابة	الاستجابة
عدوانية	سكر ... هذا الكلام يدل على صاحبه
غير مؤكدة	أرجوك .. أنا ليس كما تقول.
مؤكدة	هذا لا يجوز ... فالمفروض أن تحاسب على ألفاظك يا زميل ...

* طالب شعر أنه مظلوم في علامة الاختبار وأراد أن يراجع أستاذه:

نوع الاستجابة	الاستجابة
عدوانية	يا أستاذ ... علامتي خاطئة ... وفي ظلم واضح .. وفي خطأ بالتصحيح
غير مؤكدة	يقدم الطالب الورقة للمعلم ويقول: قد يكون هناك خطأ .. في علامات السؤال ... مع العلم بأنني قد أكون خاطئاً ... وأنت على صواب
مؤكدة	لو سمحت يا أستاذ ... هناك خطأ .. في تصحيح السؤال رقم (1) أو رقم (2) .... الرجاء مراجعة ورقتي ... وسأكون شاكراً ...

الفصل السادس

أسلوب تقليل الحساسية التدريجي

(التحصين والتدريج)

1- تمهيد

2- الخلفية النظرية

3- المشكلات والاضطرابات السلوكية التي تعالج باستخدام تقليل الحساسية التدريجي

4- خطوات أسلوب تقليل الحساسية التدريجي

الفصل السادس

أسلوب تقليل الحساسية التدريجي

(التحصين والتدريج)

1- تمهيد

توجهت الكثير من أساليب الإرشاد والعلاج النفسي لمعالجة المخاوف المرضية بأشكالها وأنواعها المختلفة، وقد حظيت المخاوف المرضية بقدر كبير جداً من الدراسات التجريبية العلاجية، لاختيار فعالية تلك الأساليب في معالجتها. ففي حين يتوجه أصحاب النظريات التحليلية إلى التبصر والكشف عن الخبرات الطفولية المبكرة التي سببت الخوف لأول مرة، نجد أن المعرفيين أصحاب نظريات العلاج العقلي والعاطفي يتوجهون نحو التأثير على إدراكات المسترشد للمواقف المثيرة للقلق واتجاهاته العقلية نحوها، كما يتوجهون نحو إعادة بناء عقلية منظمة للبناءات العقلية التي يدركها المسترشد فيما يتعلق بموقف القلق.

كذلك يتوجه البعض ومنهم (مايكنبوم) إلى تدريب المسترشد على التدريب الذاتي والتحكم بالقلق عن طريق تغيير الألفاظ الذاتية التي يقولها المسترشد لنفسه نحو الموقف المثير للقلق.

أما أكثر الاتجاهات النظرية التي أظهرت نجاحاً في معالجتها للمخاوف المرضية، كما دلت على ذلك الدراسات التجريبية فهي نظريات التعلم وخاصة أساليب تقليل الحساسية التدريجي، أو ما يسمى بالتحصين التدريجي Systematic Desensitization، الإشراط المضاد Counter Conditioning، والإشراط الإجرائي بواسطة تشكيل السلوك تدريجياً

Shaping حيث يكافأ الطفل الذي يخاف من المدرسة لدى اقترابه من المثيرات المختلفة في المدرسة اقتراباً تدريجياً.

إن أسلوب تقليل الحساسية التدريجي أو التحصين التدريجي هو طريقة طورها عام 1958 (ولبي) Wolpe لمعالجة ردود الفعل القلقية، وهي تتضمن باختصار وضع المسترشد في حالة من الاسترخاء العضلي في مواجهة تدريجية، في مستوى التخيل مع مثيرات تزداد تدريجياً في مقدار قدرتها على استمرار استجابة القلق عند العميل. وحين يتمكن المسترشد من تخيل آخر المواقف المثيرة للقلق من حيث شدتها بنجاح، وهو في حالة الاسترخاء فإن العلاج يكون قد حدث.

وأما مبدأ الكف المتبادل، عبارة عن إشراط مضاد فيه حدث إن كفّت استجابة الاسترخاء استجابة القلق .. وحدث تعلّم جديد فيه قد محي الإشراط السابق، وحل محله إشراطاً جديداً.

2- الخلفية النظرية

جاءت البدايات الأولى لاستخدام التعويد والكف بالنقيض مرتبطة بعلاج المخاوف المرضية الشديدة (الرهاب)، وهي تلك الاضطرابات التي تظهر لدى مجموعات كبيرة من المرضى من الكبار والأطفال. وتأخذ شكل انزعاج شديد عند التعرض لمواقف ليست بطبيعتها شديدة التهديد، ولا تمثل عند التعرض لها خطراً مباشراً على الشخص ومن أكثر أنواع هذه المخاوف، الخوف من بعض الحيوانات غير الضارة مثلاً، أو الظلام، أو الوحدة، وتزداد خطورة هذا الاضطراب عندما يرتبط الخوف بموضوعات أو مواقف حيوية ضرورية لتطور الطفل ونموه، وذلك كالمخاوف التي تصيب الأطفال من المدارس، أو المخاوف الاجتماعية كالخجل الشديد.

وتدور الفكرة الرئيسية لهذا الأسلوب العلاجي حول إزالة الاستجابة المرضية (الخوف أو القلق) تدريجياً من خلال استبدالها بسلوك آخر معارض للسلوك المرضي، عند ظهور الموضوعات المرتبطة به.

وقد بدأت أول محاولة منظمة لاستخدام هذا المبدأ على يد (ماري كوفر جونز) M. C. Jones تلميذة (واطسن) لمساعدة أحد الأطفال للتخلص من مخاوفه المرضية الشديدة المتعلقة بالحيوانات الفرائية.

وفي فترة حديثة نسبياً نشر الطبيب النفسي السلوكي -المعروف- (جوزيف ولبي) Joseph Wolpe كتابه الشهير بعنوان العلاج النفسي بالكف المتبادل. ولقد وصف (ولبي) الأسس النظرية التي استمد منها إجراء تقليل الحساسية التدريجي في كتابه هذا.

وفي ذلك الكتاب اقترح (ولبي) أن تقليل الحساسية التدريجي هو أحد أشكال الإشراط المضاد Counter Conditioning، وما يشير إليه الإشراط المضاد هو: إمكانية استخدام قوانين التعلم بهدف استبدال استجابة بأخرى، وكانت الفرضية التي استند إليها (ولبي) في تطوير هذا الإجراء هي أنه بالإمكان محو الاستجابة الانفعالية غير المرغوب فيها كالخوف مثلاً، إذا استطعنا إحداث استجابة مضادة لها بوجود المثير الذي يستجرها، بعبارة أخرى أن الاستجابات المتناقضة لا يمكن أن تحدث في آن واحد. وهكذا فباستطاعتنا استخدام أحدهما بمنع حدوث الأخرى، وهذا ما يطلق عليه اسم الكف المتبادل Reciprocal Inhibition. فعلى سبيل المثال، لا يستطيع الإنسان أن يشعر بالخوف أو القلق وهو في حالة استرخاء تام، ذلك أن الاسترخاء يكبح هذه الاستجابات.

وقد أثبت (ولبي) في كتابه ما يقارب من (90٪) من حالات الخوف والقلق التي قام بعلاجها نحو (200) حالة أمكن شفاؤها باستخدام هذا المبدأ وقد استوحى (ولبي) الفكرة الرئيسية لهذا من القاعدة نفسها التي استخدمتها قبله (جونز) بثلاثين عاماً.

ويلخص لنا (ولبي) طريقته على النحو الآتي: ((إذا نجحنا في استثارة استجابة ما معارضة للقلق عند ظهور الموضوعات المثيرة له، فإن من شأن هذه الاستجابات المعارضة أن تؤدي إلى توقف كامل للقلق، أو تؤدي على الأقل لكف أو توقف جزئي له، إلى أن يبدأ القلق في التناقص ثم في الاختفاء التام بعد ذلك)).

في بادئ الأمر اقترح (ولبي) أنه بالإمكان معالجة القلق والخوف باستخدام استجابات نقيضة مختلفة مثل الاسترخاء Relaxation والتدعيم أو التوكيد الذاتي Assertive Training، والاستجابات الجنسية وغير ذلك، وعلى أية حال فالسلوك البديل لردود الأفعال الانفعالية، هذا الذي يعمل المعالجون عادة على توظيفه في عملية تقليل الحساسية التدريجي هو الإسترخاء العضلي التام Deep Muscle Relaxation.

3- المشكلات والاضطرابات السلوكية التي تعالج باستخدام أسلوب تقليل الحساسية التدريجي

يشير مسح الأدب النفسي فيما يتعلق باستخدام أسلوب تقليل الحساسية التدريجي، أنه نجح في علاج قائمة طويلة من المخاوف المرضية، حيث يعتبر الأسلوب الأهم (رقم واحد) ضمن أساليب العلاج السلوكي، وهناك ما يزيد عن (500) دراسة تشير إلى فاعلية الإجراء في علاج المخاوف المرضية.

وعلى كل حال فإن هناك إشارة إلى أن أسلوب تقليل الحساسية يستخدم في علاج فئتين رئيسيتين من المشكلات وهما:

1- المشكلات والاضطرابات التي يكون القلق سبباً في ظهورها:

في مثل هذا النوع من المشكلات تظهر أعراض المشكلة لتوظف في تخفيف مشاعر القلق والتوتر أو للتخلص منها، أو نتيجة لها.

ومن الأمثلة على هذا النوع من المشكلات، اضطرابات الكلام، الانحرافات، الاضطرابات الجنسية، الأرق، الكحولية، الغضب (نوبات الغضب)، المشي أثناء الليل، الكوابيس، دوار السفر، العزلة وتجنب التفاعل الاجتماعي.

((وهناك فصل في آخر هذا الفصل يشتمل على قائمة لمسح المخاوف والتي ربما تساعد المعالج في تقييم حالة المسترشد وتحديد مخاوفه)).

2- المخاوف المرضية التي يكون فيها موضوع الخوف محدداً:

في مثل هذا النوع من المخاوف يكون القلق والتوتر هو مصدر المشكلة، وفي نفس الوقت عرضاً أو مظهراً من مظاهرها، ومن الأمثلة عليها: الخوف من الحيوانات والحشرات، الخوف من الأماكن العالية، الخوف من الماء، الخوف من قيادة السيارات، الخوف من الامتحان، الخوف من الأماكن المغلقة، الخوف من السلطة، الخوف من الإصابات الجسدية، الخوف من رفض الآخرين، وأخيراً الخوف من الموت.

هذا ويمكن تصنيف مثل هذه المخاوف على النحو التالي:

1- رهاب الخلاء Agoraphobia

* البقاء وحيداً.

2- رهاب المرتفعات Acrophobia

* الخوف من السقوط.
* الأماكن المرتفعة.
* النظر للأسفل من البنايات المرتفعة.

3- الأمراض النفسية Mental Illness

* المرض النفسي.
* الشعور بالغضب.
* الشعور بالاختلاف عن الآخرين.

* الخوف من الإغماء والدوران.
* الأطباء النفسيين.
* فقدان السيطرة.

4- الرفض Rejection

* الشعور بالاستهجان.
* أن يصبح الشخص مهملاً.
* الشعور بالرفض من الآخرين.
* أن يبدو الشخص غبياً.

5- الخوف من المجهول The Unknown

* الوجود في مكان غريب.
* الأصوات المفاجئة.
* الظلام.

6- المرض Illness

* الخوف من العمليات الجراحية.
* أن يصبح الشخص مقرفاً.

إن بعض المخاوف المعروضة سابقاً يمكن تحديدها ووضعها ضمن هرم قلق، وذلك لأن لها مرجع وموضوع محدد، مثل الخوف من الأماكن العالية، وفي المقابل فإن بعضها لا يوجد له موضوع خارجي محدد بوضوح مثل الخوف من الرفض ومثل هذه المخاوف يصعب بناء هرم قلق أو مخاوف لها.

متى يقرر المعالج استخدام أسلوب تقليل الحساسية التدريجي:

إن معرفة المعالج بأنواع المشكلات والاضطرابات السلوكية التي تعالج باستخدام أسلوب تقليل الحساسية التدريجي والذي تمت الإشارة إليها سابقاً تساعده في اتخاذ قرار بشأن استخدام الأسلوب أو عدم استخدامه،

ولكن هذه المعرفة وحدها غير كافية، لذلك فإن عليه أيضاً أن يكون واعياً إلى ملاحظتين أساسيتين هما:

الأولى: هناك فئة من المشكلات يكون مصدر القلق أو الخوف فيها منطقياً مبرراً، أو أن الفرد لا يمتلك المهارة للتعامل مع هذا المصدر، أو كلا الأمرين معاً، وفي مثل هذه الحالة لا يكون أسلوب تقليل الحساسية التدريجي كافياً، وقد يكون غير مناسب، فمثلاً الفرد الخجول لا يستطيع أن يتجنب التفاعل مع الآخرين والاتصال بهم، وذلك لعدم امتلاكه المهارة اللازمة، وهنا لن ينجح معه أسلوب تقليل الحساسية لوحده، بل هو بحاجة أيضاً إلى التدريب على المهارات الاجتماعية، ومهارات الاتصال، وتوكيد الذات.

ومثل هذا الخطأ يقع فيه كثير من المرشدين المبتدئين، حيث يقرر المرشد أن شخص ما يعاني من قلق اجتماعي، لذلك يجب استخدام أسلوب تقليل الحساسية التدريجي معه دون أن يتأكد فيما إذا كان هذا الشخص يمتلك مهارات التفاعل الاجتماعي أصلاً.

الثانية: أما بالنسبة لفئة المشكلات المتعلقة بالمخاوف المرضية التي يكون موضوع الخوف فيها محدداً والقلق مظهراً من مظاهر المشكلة فيها، ونلاحظ هنا أنه يشترط أن يكون الخوف غير منطقي وغير مبرر، ولمثل هذه المشكلات يكون إجراء تقليل الحساسية التدريجي مناسباً ومفيداً، فالفرد في مثل هذا النوع من المشكلات أو المخاوف يمتلك المهارة والقدرة الكافية التي تمكنه من التعامل مع مصادر قلقه ومواجهتها، ولكن بالرغم من ذلك فإن القلق يظهر عنده، فمثلاً يعتبر خوف شخص ما من قيادة السيارات بالرغم من امتلاكه المهارة والقدرة الكافية على القيادة بشكل ممتاز يعتبر خوفاً غير منطقي، ويؤدي إلى تجنب مصدر الخوف فلا يقود السيارات نهائياً.

وعلى المعالج الذي ينوي استخدام هذا الأسلوب التأكد من بعض الأمور:

1- أن يكون المعالج متأكداً من أن المسترشد يعاني من مخاوف مرضية، أو من مشكلات أساسها القلق، وأن القلق ليس سببه فقدان مهارات أساسية لدى المسترشد مثل المهارات الاجتماعية.

2- أن يتأكد أن المسترشد سهل الإثارة قابل للإيحاء، أي لديه إثارة وإيحاءات يمكن توظيفها خلال المعالجة بهذا الأسلوب.

3- أن يتأكد من قدرة المسترشد على التخيل للمواقف والأحداث التي تثير المخاوف عنده.

4- أن يتأكد من قدرة المسترشد على الوصول إلى درجة عميقة من الاسترخاء، خاصة وأن بعض الأشخاص لا يمكنهم الوصول إلى درجة مناسبة من الاسترخاء مما يؤدي إلى عدم حصول تقدم في العلاج.

4- خطوات أسلوب تقليل الحساسية التدريجي

يتضمن أسلوب تقليل الحساسية التدريجي أربع خطوات رئيسية هي ما يلي:

1- التدريب على الاسترخاء Relaxation Training.

2- وضع هرم القلق Construction of Anxiety Hierarchy وذلك من قبل المسترشد بالتعاون مع المرشد.

3- تقليل الحساسية حيث يتم تعريض المسترشد للمواقف المثيرة للقلق تدريجياً وعلى مستوى الخيال Desensitization Proper.

4- اختبار أثر التعلم في الحياة الواقعية Transfer Testing.

4-1: التدريب على الاسترخاء العضلي العميق

Learning Deep Muscle Relaxation

حقيقة لا يمكن أن يتواجد في المكان الواحد من الفراغ شيئين، فالحيز من الفراغ يضم شيئاً واحداً، وليس أكثر، وهكذا هي حال البشر وطبيعتهم، فلا يمكن أن تكون هناك حالة استرخاء لدى شخص ثم أيضاً وبنفس الوقت والزمان حالة قلق، فاستحالة اجتماع تواجد النقيضان هي مسلمة أساسية أيضاً في الحياة.

عادة ما يستخدم أسلوب الاسترخاء إما كأسلوب علاجي مستقل، أو مصاحب للعلاج بطريقة الكف بالنقيض، وذلك عندما نحتاج إلى خلق وإحداث استجابة معارضة للقلق والتوتر عند ظهور المواقف المهددة، ويعتمد أسلوب الاسترخاء على بديهة فسيولوجية معروفة، فالقلق والخوف والانفعالات الشديدة عادة ما تكون تعبيراً عن وجود توترات عضوية وعضلية، ولهذا فإن الفرد في حالات الخوف والانفعال يستجيب بزيادة في الأنشطة العضلية فتتوتر العضلات الخارجية لتتكون حركات لا إرادية مثل اللوازم القهرية في الفم والعينين والابتسامات غير الملائمة، وتتوتر أيضاً أعضاؤه الداخلية فتزداد دقات القلب ويتعطل نشاط بعض الغدد عند الفرد، كالغدد اللعابية فيجف ريقه، ويسوء هضمه، بسبب التقلصات التي يحدثها الخوف في معدته ويزداد تعرّقه ويشحب لونه.

ولهذا استخدم (جاكبسون) ومن بعده علماء العلاج السلوكي طريقة الاسترخاء التصاعدي، الذي يطلب من خلاله من المريض أن يجلس في وضع مريح وأن يركز بصره على نقطة لامعة، ثم أنه يبدأ بتوجيه من المعالج لإرخاء أعضاء جسمه، وذلك بالاعتماد على إحداث توتر واسترخاء في مجموعات عضلية على نحو متعاقب. ومساعدة المتعالج على التمييز بين حالة الاسترخاء وحالة التوتر، على افتراض أن ذلك يساعده في الوصول إلى أقصى درجة ممكنة من الاسترخاء.

إن النقطة الهامة التي ينبغي الإشارة إليها هنا هي أن الاسترخاء في هذا النموذج العلاجي يعامل بوصفه مهارة بحاجة إلى التدريب المكثف المنظم من قبل المعالج، كذلك التزام من قبل المسترشد.

والآن وقبل البدء بتدريب المسترشد على الاسترخاء العضلي، يجب أن تقدم للمسترشد مبررات استخدام هذا الأسلوب، ولهذا الغرض يمكن للمعالج أن يقول ما يلي:

إن التوتر أو القلق، وعدم الراحة الذي تشعر به عادة هو حالة جسدية بالإضافة إلى كونها حالة نفسية أيضاً، وهذه الحالة تحدث نتيجة الشد في العضلات، وأنت قد لا تكون على وعي بهذا الشد أو التوتر العضلي، وما تشعر به فقط هو عدم الراحة. سأقوم بتعليمك وتدريبك كيف تصل إلى استرخاء عضلي عميق وذلك بشكل تدريجي، ونتيجة لذلك ستشعر بالدفء والراحة والاسترخاء، وبعد تعلمك طريقة الاسترخاء سوف يصبح بمقدورك الاسترخاء لوحدك كلما تشعر بالشد أو التوتر، مثلاً عندما لا تستطيع النوم ليلاً، عندما تشعر بصداع في رأسك ... عندما تشعر بتوتر في أجزاء من جسمك ... كالظهر ... الرقبة ... مثلاً.

ومن الجدير بالذكر أن على المعالج قبل أن يقرر أن المرشد بحاجة إلى التدريب على الاسترخاء العضلي أن يتأكد من أن المسترشد لا يعاني من مشكلات عضوية كالأمراض العصبية، وأمراض المفاصل، وغيرها من الأمراض المسببة للألم والتي قد تكون هي المسئولة عن التوتر والشد الذي يشعر به في عضلاته، كما أن عليه أن يكون حذراً عند إعطاء تدريبات لها علاقة لعضلات الظهر ومنطقة النخاع الشوكي.

طبيعة الجلسة ووضع المسترشد أثناء التدريب على الاسترخاء العضلي:

يجب أن يجلس المتعالج في وضع مريح، وعلى كرسي خاص أو على أريكة مناسبة ومريحة، بحيث يلقي بثقل جسمه على هذه الأريكة، ويجب

أن تكون ملابسه فضفاضة بحيث يتخلص من الملابس الضيقة (مثل ربطة العنق) والجاكيت، وعلى المسترشد أن يحافظ على عينيه مغلقتين، كما أن عليه أن يلقي برأسه على الأريكة، وأن لا تتشابك أعضاء جسمه مع بعضها، مثل أن يكتف يديه أو يضع رجلاً فوق رجل.

يجب التدريب على الاسترخاء في مكان هادئ، لا مشتتات فيه، ومعتم نوعاً، كما يجب أن يكون دافئاً وضمن درجة حرارة مناسبة ... أي توفير الهدوء والراحة في المكان.

خطوات عملية الاسترخاء:

يستخدم المعالج لغة بسيطة سهلة ومفهومة، يراعى فيها ثقافة المتعالج، ويحافظ على نبرة -ونتيرة صوت- هادئة مطمئنة، ويبدأ المعالج بتقديم خطوات الاسترخاء (بعد جلوس المسترشد على الكرسي بشكل مريح)، وهي تسير على النحو التالي:

1- يقول المعالج: استمع جيداً لما سأقدمه لك من تعليمات فهي سوف تساعدك في زيادة قدرتك على الاسترخاء، والآن أغلق عينيك وتنفس بعمق ثلاث مرات متتالية (10 ثواني صمت).

2- أغلق راحة يدك اليسرى بإحكام، شدها بقوة، لاحظ التوتر الذي تشعر به (5 ثواني صمت)، استرخ الآن وافتح يدك اليسرى (5 ثواني صمت).

3- أغلق راحة يدك اليسرى بقوة مرة أخرى، لاحظ التوتر الذي تشعر به (5 ثواني صمت)، والآن استرخ وفكر بزوال التوتر من عضلات يدك (10 ثواني صمت).

4- الآن، أغلق راحة يدك اليمنى بكل قوة ممكنة، لاحظ كيف توترت أصابعك ويدك اليمنى، لاحظ الفرق بين ما كانت عليه من توتر وما هي عليه الآن من استرخاء (5 ثواني صمت).

5- مرة أخرى، أغلق راحة يدك بإحكام، لاحظ ما هي عليه الآن من توتر (5 ثواني صمت)، مرة أخرى، افتح راحة يدك اليمنى واسترخ (10 ثواني صمت).

6- أغلق راحة يدك اليسرى بإحكام وأثنِ ذراعك بقوة حتى تتوتر العضلة ذات الرأسين في أعلى ذراعك، أبق يدك كما هي (5 ثواني صمت)، والآن استرخ كاملاً، لاحظ الدفء الذي ينتشر في ذراعك، ويدك، وأصابعك (10 ثواني صمت).

7- والآن، أغلق راحة يدك اليمنى، وأثنِ ذراعك بقوة كي تتوتر العضلة ذات الرأسين في أعلى الذراع، أبقِ ذراعك كما هي واشعر بالتوتر (5 ثواني صمت)، والآن استرخ كاملاً وركز على ما تشعر به من استرخاء وراحة (10 ثواني صمت).

8- والآن، أغلق راحة يدك اليسرى، وراحة يدك اليمنى بكل قوة ممكنة، أثنِ ذراعيك بقوة أيضاً، أبقِ ذراعيك في وضعها هذا، لاحظ التوتر الذي تشعر به الآن (5 ثواني صمت)، والآن استرخِ واشعر بالدفء (10 ثواني صمت).

9- والآن، لننتقل إلى جبينك وعينيك، أغمض عينيك بقوة، لاحظ التوتر في مقدمة رأسك وفي عينيك، الآن استرخ ولاحظ ما تشعر به من استرخاء (10 ثواني صمت).

10- والآن، لننتقل إلى فكيك، أطبقهما بقوة، ارفع ذقنك بقوة إلى الأعلى كي تتوتر عضلات رقبتك، أبقَ كما أنت. الآن، اضغط إلى الأسفل بقوة، أغلق شفتيك بقوة (5 ثواني صمت)، الآن استرخِ (10 ثواني صمت).

11- والآن، أغمض عينيك بقوة، وأطبق فكيك، وارفع ذقنك إلى الأعلى بقوة، وأغلق شفتيك، أبق كما أنت، لاحظ التوتر في جبينك، وعينيك، وفكيك، وشفتيك، ورقبتك. الآن استرخ، استرخ كاملاً واستمتع بالاسترخاء الذي تشعر به (15 ثانية صمت).

12- والآن، ادفع كتفيك بقوة إلى الأمام إلى أن تشعر بتوتر شديد في عضلات الجزء الأعلى من ظهرك، اضغط بقوة، أبق كما أنت. الآن استرخ (10 ثواني صمت).

13- ادفع كتفيك إلى الأمام بقوة مرة أخرى، وفي الوقت نفسه، ركز على عضلات بطنك، شدّها إلى الداخل إلى أقصى درجة ممكنة. لاحظ التوتر في منطقة المعدة، أبق كما أنت (5 ثواني صمت). الآن استرخ (10 ثواني صمت).

14- مرة أخرى، ادفع كتفيك إلى الأمام بقوة، وشد عضلات بطنك، اشعر بالتوتر في الجزء العلوي من جسمك. الآن استرخ (10 ثواني صمت).

15- الآن، سنعود مرة أخرى إلى العضلات السابقة، أولاً، تنفس بعمق ثلاثة مرات (10 ثواني صمت)، أغلق راحة يدك اليسرى وراحة يدك اليمنى واثن ذراعيك. أغمض عينيك بشدة. أطبق فكيك وادفع بهما بقوة إلى الأسفل، ثم ارفع ذقنك وأغلق شفتيك بقوة. لاحظ التوتر في كل جزء من جسمك. الآن استرخ، تنفس بعمق، استمتع بزوال التوتر، فكر بالاسترخاء العام في كل عضلاتك، في ذراعيك، ورأسك، وكتفيك، وبطنك، كل ما عليك عمله الآن هو الاسترخاء (10 ثواني صمت).

16- لننتقل الآن إلى رجليك، اضغط على كعبك الأيسر إلى الأسفل، وارفع أصابع رجلك حتى تشعر بتوتر شديد في رجلك (5 ثواني صمت). الآن استرخ (10 ثواني صمت).

17- مرة أخرى، اضغط على كعبك الأيسر إلى الأسفل بقوة، وارفع أصابع رجلك حتى تشعر بتوتر شديد في رجلك، الآن استرخ (10 ثواني صمت).

18- الآن، اضغط على كعبك الأيمن بشدة، وارفع أصابع رجلك حتى تشعر بتوتر شديد، الآن استرخ.

19- الآن، سننتقل إلى كلا الرجلين، اضغط على كعبيك إلى الأسفل بقوة، وارفع أصابع رجليك إلى أقصى درجة ممكنة. أبق كما أنت (5 ثواني صمت). الآن استرخ (10 ثواني صمت).

20- والآن تنفس بعمق ثلاث مرات (5 ثواني صمت)، شد العضلات التالية كما فعلت قبل قليل: راحة اليد اليسرى، والعضلة ذات الرأسين في ذراعك الأيسر، وراحة اليد اليمنى، والعضلة ذات الرأسين في ذراعك الأيمن، والجبين، والعينين، والفكين، والرقبة، والشفتين، والكتفين، والبطن، والرجل اليسرى، والرجل اليمنى، ابق كما أنت (5 ثواني صمت)، الآن استرخ (10 ثواني صمت)، تنفس بعمق ثلاث مرات وبعد ذلك مارس ثانية تمارين التوتر (5 ثواني صمت)، وتمارين الاسترخاء (5 ثواني صمت)، والآن تنفس كالمعتاد واستمتع بالاسترخاء العام في جسمك (30 ثانية صمت.

وقد أشار (Master and Rimm) إلى أربعة عشر مجموعة من العضلات يجب أن تعطى تدريبات على الاسترخاء وهي:

* اليدين Hands
* العضلات في أعلى الذراعين Bicepsand Triceps
* الكتفين Shoulders
* الرقبة Neck
* اللسان Tongue
* العيون والجبين Eyes and Forehead
* الرئتين Breathing
* الظهر Back
* الجذع Midsection

* الفخذين Thighs

* المعدة Stomach

* بطتي الساق والفخذين Galves and Feet

* أصابع القدمين Toes

تقييم درجة الاسترخاء:

لقد أشار (كامبريل) Gambrill إلى مجموعة من الأسئلة التي توجه للمسترشد في نهاية جلسة الاسترخاء، حيث تشكل الإجابة عن هذه الأسئلة تغذية راجعة للمرشد حول كيف كان شعور المسترشد، وهل استمتع بجلسة الاسترخاء أم لا؟ وبعد أن يصف المسترشد شعوره بناء على طلب من المرشد، يقوم المرشد بتوجيه الأسئلة التالية له:

1- هل هناك أي شيء تحب إضافته للجلسة تتوقع أن يساهم في الوصول إلى استرخاء أعمق؟

2- هل هناك أي شيء تقترح أن نتجنبه في المرة القادمة؟

بالإضافة إلى مجموعة أخرى من الأسئلة تهدف فيما إذا كان هناك مشكلات حدثت أثناء الجلسة مثل الصعوبة في إرخاء مجموعة معينة من عضلات الجسم مثلاً، كذلك فإن المسترشد قد يصرح أحياناً عن وصوله إلى حالة الاسترخاء العميق بالرغم من عدم وصوله فعلاً والسبب وراء ذلك هو إما رغبته في إرضاء المعالج، أو لعدم خبرته بطبيعة الحالة التي يكون عليها الفرد وهو في حالة الاسترخاء العميق، وهنا على المعالج أن يعود ويؤكد على أهمية الوصول إلى درجة مناسبة من الاسترخاء، وان يذكر مبررات استخدام الإجراء.

ولإعطاء تقدير كمي واضح لدرجة الاسترخاء التي وصل إليها المسترشدين، يطلب منه إعطاء درجة على مقياس للتقدير يتراوح بين

(1-10) حيث الدرجة (1) تعني استرخاء عميق، والدرجة (10) تعني توتر وقلق شديد.

وقد وجد أن الأفراد الذين ينخرطون في تجربة الاسترخاء للمرة الأولى، يعبرون عن درجة مرتفعة نسبياً من التوتر (3 أو أعلى) في حين تبدأ هذه الدرجة في الانخفاض كلما تدربوا على هذه العملية، وبعد عدد من الجلسات، لا يستبعد أن تعبر المسترشد عن درجة (1) بعد عدة جلسات من التدريب.

وفي حالة أن المسترشد لم يستطع الوصول إلى حالة من الاسترخاء المطلوبة، فعلى المعالج هنا وفي نهاية الجلسة التحدث عن الأسباب والمعيقات التي حالت دون وصوله للاسترخاء.

وفي حالة أن أشار المسترشد إلى أنه لم يصل إلى حالة استرخاء تامة، فإنه يمكن للمعالج أن يشير إلى كل مجموعة من مجموعات العضلات الأربعة عشرة، ويطلب من المسترشد إعطاءه إشارة عند سماعه لاسم مجموعة لم تصل إلى الاسترخاء بعد، وعندما يقوم المعالج بإعطاء تعليمات للاسترخاء خاصة بالمجموعة التي لم تسترخ بعد دون الحاجة لإعطاء تعليمات لعضلات الجسم كله.

الصعوبات والمشكلات التي تظهر أثناء التدريب على الاسترخاء:

1- أحياناً يشعر المسترشد بالرغبة في النوم أثناء جلسة الاسترخاء، وللتفريق بين النوم والاسترخاء يوجه المعالج أسئلة تحتاج من المسترشد إعطاء إشارات معينة، كما يطلب من المسترشد التركيز على صوت المعالج طوال الجلسة، وأن ينتبه لما يقوله، وأخيراً فإنه من المهم أن لا تعقد الجلسة في وقت يكون فيه المسترشد متعباً أو يشعر بالنعاس.

2- أحياناً تظهر صعوبة في الاسترخاء نتيجة خوف المسترشد أن تتم السيطرة عليه من قبل شخص آخر (المعالج) ويمكن التخلص من

هذه الصعوبة عن طريق التأكيد للمسترشد أن الاسترخاء عبارة عن مهارة سوف يتعلمها وتكون له السيطرة على ذاته خلالها، وفي حالة عدم اقتناع المسترشد بهذا، فإنه يجب استخدام إجراء آخر.

3- قد يصاحب عملية الاسترخاء أو التدريب أفكاراً مقلقة أو غير مرغوبة تزعج المسترشد، وتحول دون شعوره بالاسترخاء، وهذه المشكلة يمكن التغلب عليها من خلال عرض مشهد هادئ يحبه المسترشد وذلك أثناء عملية الاسترخاء، ومثل هذا المشهد يمكن تحديده مسبقاً في بداية الجلسة، وهذا المشهد يمثل خبرة سارة مر بها المسترشد أو موقف معين يحبه، ويجلب له الراحة، وعلى المعالج أن يصف المشهد بحيث يذكر كل التفاصيل التي يتضمنها، ومن الضروري عند عرض المعالج للمشهد أن يكون صوته هادئاً، كما أن عليه عرض المشهد ببطء.

مثال على مشهد مريح:

تخيل نفسك على شاطئ البحر في يوم صيفي دافئ، لاحظ الإحساس الذي تشعر به وأنت مستلق في الشمس (وقفة)، تخيل صوت الامواج الممتع، وفي الافق تظهر بعض طيور النورس (وقفة)، لاحظ النسيم وهو يداعب وجهك (وقفة)، السماء شديدة الزرقة مع بعض السحب البيضاء والتي تسير ببطء، لاحظ دفء أشعة الشمس على يدك اليمنى (وقفة)، ولا يوجد هناك شيء يستحق التفكير فيه أكثر من الهدوء والسكون الذي تشعر به الآن (وقف).

4- أحياناً لا يلتزم المسترشد بالتعليمات الواجب التقيد بها أثناء التدريب على الاسترخاء، مثل أنه يتكلم أثناء التدريب أو يفتح عينيه ... وقد يحل المعالج هذا الأمر بحديثه عن المنطق (السبب) القائم وراء هذا الأسلوب وعن المبررات التي تجعل من الضروري بقاء المسترشد صامتاً ومغلقاً لعينيه، وفي حالة أن هذا لم ينفع، فعلى المعالج أن يبحث عن الأسباب التي تجعل جلسة المسترشد خبرة غير سارة يحاول المسترشد تجنبها.

5- بعض المسترشدين يقرأوا بأن عضلاتهم قد استرخت لكنهم لا زالوا يشعرون بالقلق، إن التساؤل المقدم من قبل المعالج أثناء التدريب على الاسترخاء يساعد في حل هذه المشكلة، فعلى المعالج أن يسأل المسترشد عن اللحظات التي يشعر خلالها باسترخاء أكثر، وعن مدى شعوره بالارتياح والطمأنينة، خلال كل جزء من أجزاء التدريب، وتدريباً إضافياً في مثل هذه الحالة سوف يساعد كثيراً.

6- من الأمور الهامة فيما يتعلق بتحسين درجة الاسترخاء معرفة أ، لكل فرد منطقة في جسمه تسمى بمنطقة التوتر، أو الشد حيث يكون التوتر في هذه المنطقة أعلى ما يكون وربما تكون هي مصدر التوتر لدى الفرد مثلاً: الكتفين، العيون، الصدر، وعلى المسترشد أن يحدد منطقة التوتر عنده بعد الانخراط في عملية الاسترخاء، وذلك حتى يوليها المعالج عناية واهتمام أكبر.

2-4: وضع هرم القلق Constructing the Fear Hierarchy

تتمثل الخطوة الثانية في عملية تقليل الحساسية التدريجي، في إعداد هرم القلق، وهي مجموعة من المواقف التي تبعث على القلق Anxiety Provoking Stimuli لدى المتعالج، والتي سيقوم بتحليلها وهو في حالة من الاسترخاء التام، وهذه المواقف مرتبة حسب شدة إثارتها للقلق، بحيث يكون أقل المواقف إثارة للقلق في قاعدة الهرم وأشدها إثارة في قمته، وطبعاً سوف يطلب من المسترشد تخيل هذه المواقف وهو في حالة الاسترخاء.

ولا يشترط في هذه المواقف الترتيب المنطقي فهي تمثل تسلسل الأحداث والمواقف حسب شدة إثارتها للقلق عند نفس المسترشد، وليس حسب منطقية قدرتها على استمرار القلق.

إن خطوات بناء هرم القلق تعتبر من أصعب خطوات هذا الأسلوب، وذلك لأن بعض المخاوف لا يمكن أو يصعب تجزئتها إلى مواقف تمثل هرم القلق.

إن مسئولية إعداد هرم القلق تقع على عاتق المتعالج فهو الذي يعاني القلق أو الخوف، ولكن المعالج بالطبع يساعده في تحديدها، وبعد ذلك يتم ترتيب المواقف بالتسلسل بدءاً بأقلها إثارة وانتهاء بأشدها إثارة.

وإن عملية بناء هرم القلق تبدأ في الجلسة الثالثة أو الرابعة من العلاج، وقد يكون هناك تزامن بينها وبين مرحلة التدريب على الاسترخاء العضلي، ومن الضروري ملاحظة أن المعلومات المتعلقة بالهرم، لا تجمع أثناء التدريب على الاسترخاء.

وقد يكلف المعالج المسترشد بوضع هرم القلق كواجب بحيث يطلب منه كتابة المواقف أو الأحداث التي تثير القلق عنده على بطاقات، وأن يقوم بالخطوات التالية:

1- أحضر مجموعة من البطاقات واكتب على كل بطاقة منها مواقف تثير القلق عندك.

2- أعط درجة تتراوح بين (صفر-100) لكل بطاقة من البطاقات بحيث تشير (100) إلى موقف يثر أقصى درجات القلق، وعلامة (صفر) تعني أن الموقف لا يثير أي مشاعر خوف أو قلق.

3- رتب البطاقات بشكل تصاعدي من أقلها إثارة إلى أكثرها وأشدها للإثارة عندك.

4- حاول التأكد أن الفروق بين الفقرات بسيطة ولا تزيد عن خمس درجات.

5- أعط الأرقام المتسلسلة للبطاقات.

وفيما يلي مثال على هرم القلق وضعه (ولبي) وهو يمثل قلق لطالبة جامعية تعاني من قلق شديد من الامتحانات، وهذه المشاهد ليس

بالضرورة أن يتمثلها الفرد بهذا الشكل المتسلسل، فقد يكون رقم (3) هي رقم (1) وهكذا.

1- أربعة أيام قبل الامتحان.

2- ثلاثة أيام قبل الامتحان.

3- يومان قبل الامتحان.

4- يوم واحد قبل الامتحان.

5- ليلة الامتحان.

6- ورقة الامتحان بين يدي الطالبة.

7- بانتظار توزيع أوراق الامتحان.

8- الطالبة تقف أمام باب قاعة الامتحان.

9- أثناء الإجابة عن أسئلة الامتحان.

10- الطالبة في طريقها إلى الجامعة يوم الامتحان.

والتسلسل المنطقي للفقرات تقتضي أن تتبع الفقرة رقم (10) الفقرة رقم (5)، لكن كما أشرت سابقاً فإن تكوين هرم القلق لا يعتمد على المنطق، وإنما على ما تعنيه المواقف المختلفة للمتعالج نفسه.

صعوبات ومشاكل تتعلق ببناء هرم القلق:

1- صعوبات ناتجة عن كثرة المواقف التي يظهر خلالها القلق مما يؤدي إلى صعوبة تحديد أي المواقف التي تثير أشد درجة من القلق.

2- بعض الفقرات التي تكون موجودة في قاعدة الهرم والتي تثير أدنى درجة من القلق، تكون خارجة عن سيطرة المسترشد أثناء الاسترخاء، وعندما يتم عرض المشهد الأقل إثارة عليه يشعر المسترشد بالقلق الشديد والحل هنا، هو محاولة الوصول مع المسترشد إلى مواقف أقل

إثارة للقلق من المواقف التي يتضمنها الهرم، ومثل هذه المشاكل تواجه المعالجون غير الخبراء.

3-4: إجراء تقليل الحساسية

أو ما يمكن أن يطلق عليه إقران المثيرات التي تبعث على القلق لدى المتعالج بالاستجابة البديلة للقلق (الاسترخاء).

بعد أن أصبح المسترشد قادراً على الوصول إلى حالة الاسترخاء لوحده، وضمن عدة دقائق فقط، يصبح هو والمعالج جاهزان للدخول في تقليل الحساسية، وبالتالي يكون المسترشد جاهزاً للدخول في المشهد الأول في هرم القلق.

وهناك إشارة إلى أن المشهد الأول الذي يعرض في الجلسة الأولى يجب أن يكون مشهداً محايداً، يتوقع أنه لا يثير أي ردود فعل غير مرغوبة.

ويتم ذلك عادة بالطلب من المتعالج أن يتخيل تلك المواقف أو المثيرات تدريجياً، بدءاً بأقلها إثارة، وانتهاء بأكثرها إثارة، وهو في حالة الاسترخاء، فلقد بين (ولبي) أن تخيل المثيرات الباعثة على الخوف أو القلق لا يقل فاعلية عن مواجهتها بشكل مباشر، وعلى أية حال، فتقليل الحساسية التدريجي يبتدئ عادة بالتخيل، وفي المراحل الأخيرة من عملية العلاج يطلب من المتعالج مواجهة المثيرات والأحداث بالواقع، وهذا ما يسمى بالمواجهة العلاجية المباشرة Invivo Exposure، أو المشاركة الفاعلة Active Participation، وفي هذه المرحلة ينتقل المتعالج إلى الموقف التالي في هرم القلق بعد مروره بالموقف السابق بنجاح (أي إذا لم يضعف مستوى الاسترخاء لديه).

أما إذا انتقل المعالج إلى مستوى عالٍ من المثيرات المخيفة، ولوحظ أنه لم يعد في حالة استرخاء، أصبح من الضروري العودة به إلى المستويات السابقة.

وقد اقترح (مارتن وبيير) Martin and Pear إتباع الخطوات التالية عند استخدام تقليل الحساسية التدريجي:

1- قبل البدء بتنفيذ الإجراء تأكد مما يلي:

أ- أن المتعالج قد تدرب جيداً على الاسترخاء العضلي.

ب- أن كل المثيرات الباعثة على القلق لدى المتعالج قد تم تحديدها وترتيبها بالشكل المناسب في هرم القلق، وبما يناسب وموافقة المسترشد حسب وصفه تماماً.

2- أثناء جلسات تقليل الحساسية:

يتم تقديم المشاهد على نحو يؤدي إلى حدوث الحد الأدنى من القلق، فالانتقال بالمتعالج من خطوة إلى أخرى بسرعة، أو إذا لم يكن في حالة استرخاء تام، قد لا يحقق الأهداف المتوخاة، بل قد تزداد شدة الخوف والقلق لديه.

وتكون المدة الفاصلة بين كل عرض والذي يليه يتراوح بين (10-20) ثانية، وقد تزيد هذه المدة بحيث تصل إلى دقيقة أو دقيقتين في حالة أن ظهر عند المسترشد ردود فعل قلق واضحة، وذلك حتى يعود المسترشد إلى حالة الاسترخاء التامة مرة أخرى، ولا يجوز الانتقال من مشهد إلى آخر قبل التأكد من أن المسترشد استطاع تخيله كاملاً دون الشعور بالقلق، وذلك من خلال الاستعانة بقياس التقدير الذي يدلل على درجة الاسترخاء.

أما بالنسبة لعدد المشاهد التي تعرض في الجلسة والواحدة، فإنها تعتمد بشكل أساسي على الوقت المتاح والمتوفر في الجلسة الإرشادية، وعلى أي حال فهناك إشارة إلى أن ثلاثة أو أربعة مشاهد يمكن عرضها في الجلسة الواحدة، وذلك بمعدل ثلاث أو أربع مرات أو عروض للمشهد الواحد، كذلك الحال بالنسبة للعدد الإجمالي للعروض. وعلى أية حال فإن عدد العروض في إجراء تقليل الحساسية التدريجي كبيرة جداً، فعلى سبيل

المثال نحتاج لمعالجة الخوف من الموت عند شخص ما إلى قرابة (2000) عرض على الأقل.

3- الانتقال بنجاح من موقف إلى آخر في هرم القلق:

بعد أن يكون المتعالج قد انتقل بنجاح من موقف إلى آخر في هرم القلق، يجب تعزيزه بشكل فعال على تفاعله مع المثيرات التي يهدف الإجراء إلى محو الخوف الناتج عنها.

ومن الشائع أن تبدأ جلسة تقليل الحساسية التدريجي بالمشهد الذي ختمت به الجلسة السابقة، وذلك للمحافظة على استمرارية الاتصال بين الجلسات بالإضافة إلى التأكد من أنه لم يحدث تراجع خلال الفترة الفاصلة بين الجلستين، كما أنه من الضروري تجنب إنهاء جلسة تقليل الحساسية التدريجي وهناك أي إشارات إلى وجود مشاعر قلق، وحتى يتأكد المرشد أن الجلسة تم إنهاؤها بمشاعر سارة يمكن أن يتوقف عن عرض المشاهد، ويعيد المسترشد لحالة الاسترخاء، وأن يقضي الدقائق الأخيرة من الجلسة في نشاط مختلف، مثل أن يناقش مع المسترشد مدى تقدم أو تطور العلاج.

أما الجلسات اللازمة عند استخدام أسلوب تقليل الحساسية التدريجي فإن الدراسات تشير إلى أن عدد الجلسات قد تتراوح بين (16-23) جلسة، وهذا يعتمد على:

أ- المعالج وخبراته وتدريبه.

ب- المسترشد ومدى مقاومته.

جـ- درجة التعميم بالنسبة للمثيرات التي تستجر القلق.

4- متابعة أثر العلاج:

يجب متابعة أثر العلاج للتأكد من استمراريته لفترة زمنية طويلة، وإذا عاد الوضع إلى ما كان عليه سابقاً أصبحت جلسات التقوية ضرورية.

4-4: إختبار أثر التعليم في الحياة الواقعية

وذلك بنقل المسترشد إلى واقع الحياة وتعريضه للمثيرات المقلقة أصلاً للتأكد من أنها لم تعد مثيرة لذلك القدر من القلق الذي كان يستثار في السابق، وتعد هذه المرحلة، مرحلة تقييم ضرورية في العلاج، كما تلعب دوراً هاماً في تعزيز شعور المسترشد بقدراته على مواجهة الموقف فعلاً.

نموذج حالة باستخدام أسلوب تقليل الحساسية التدريجي:

فيما يلي سأقدم دراسة حالة باستخدام أسلوب تقليل الحساسية التدريجي، وهذه الحالة قام بتناولها المعالج السلوكي (هيربرت) Herbert، وهي تمثل توضيحاً عملياً للأفكار السابقة:

وصف الحالة:

الطفلة التي نحن بصدد الحديث عن حالتها، تبلغ الخامسة من العمر، وقد حولت إلى إحدى عيادات العلاج السلوكي بسبب الخوف الشديد من الحيوانات، وقد بدأت مخاوفها، في أول الأمر، عندما كانت في الثالثة من العمر، محصورة بالكلاب، ثم بدأ هذا الخوف يتطور ويشتد ويتعمم حتى تحول إلى خوف مرضي شديد من كل الحيوانات والطيور والحشرات. ووصل بها الخوف لدرجة أعجزتها تماماً، ومنعتها من مغادرة منزلها، وأوقفت كل نشاطاتها الاجتماعية. وإذا حدث وشاهدت حيواناً أو حشرة أثناء اللعب مع زميلاتها فقد كانت تجزع وتفر عائدة إلى المنزل. وقد تطور خوفها إلى اضطراب هستيري، قوامه الجزع والصراخ والصياح الشديد. بل أوشكت في إحدى المرات أن تتعرض لحادثة مرورية كادت تودي بحياتها عندما صادفت حشرة تزحف فأخذت لذعرها، تجري في منتصف الشارع مخالفة قواعد السلامة.

الإعداد للخطة العلاجية:

تم الإعداد للخطة العلاجية التي سنعرض تفاصيلها تواً من خلال الاتفاق بين المعالج والأم، على أن تتولى الأم تنفيذ الخطة في المواقف الحية التي لا يكون فيها المعالج موجوداً مع الطفلة. وقد عرض المعالج الخطة المتدرجة على الأبوين وطلب منهما أن يتقدما نحو مراحل العلاج مرحلة مرحلة تدريجياً ودون تعجل تجنباً لحدوث أي نكسات علاجية.

خطة العلاج:

تكونت خطة العلاج من مرحلتين رئيسيتين هما:

أ- التعرض التدريجي الرمزي، تولى المعالج في هذه المرحلة تعريض الطفلة للحيوانات من خلال القصص والرسم وتلوين صور الحيوانات والطيور والحشرات المختلفة وقصصها، فضلاً عن اللعب بالنماذج الحيوانية المحشوة أو المصنوعة من المطاط، وقد كان الهدف من هذه التدريبات خلق ألفة بين الطفلة وموضوعات الخوف، فضلاً عن تكوين رابطة سارة ومبهجة ومثيرة للخيال والتقبل مع موضوعات الخوف (أي الحيوانات والطيور)، ولأن هذه التدريبات أجريت في منزل الطفلة، فقد كانت لها فائدتها التربوية للأم التي كانت تلاحظ المعالج خلال هذه التدريبات وتتعلم منه بعض الفنون المطلوبة للتخلص من القلق من خلال اللعب، والاسترخاء، وتغيير الانتباه. وفي النهاية كان بإمكان الأم أن تتولى استكمال هذه التدريبات مع الطفلة.

ب- التعرض التدريجي في مواقف حية، فقد تضمنت تعريض الطفلة تدريجياً لمواقف حية لموضوعات الخوف.

وقد استغرق تنفيذ المرحلتين السابقتين عدداً من الجلسات بالشكل التالي:

أولاً: الجلسات الأولى والثانية والثالثة:

خلال هذه الجلسات الثلاث الأولى أسهم المعالج والأم مع الطفلة في تنفيذ النشاطات التالية:

1- عرض رسوم حيوانات أو طيور لتوضيح بعض موضوعات مرتبطة بقصص الحيوانات التي كان يحكيها المعالج للطفلة.

2- تلوين نماذج من الصور الممثلة لمشاهد طيور أو حيوانات أو حشرات انتقاها المعالج بعناية، وشجع الطفلة على قصها بعد تلوينها، وطلب منها وضعها في كتاب نشاطات خاصة بالطفلة، أو تعليقها في حجرتها.

3- استمتعت الطفلة بهذه النشاطات بعد فترة خوف وتوجس نتيجة لقيام المعالج بتشجيعها وإعطائها معلومات إيجابية عن الموضوعات المرتبطة بمخاوف الطفلة (مثال: الدجاج يمدنا بالبيض، الكلاب تحمي أصحابها بوفاء وترشد المكفوفين، النحل ينتج لنا عسل النحل ...الخ).

4- تعاونت الأم في اختيار قصص مرتبطة بالحيوانات والطيور وغيرها وقراءتها للطفلة.

وفي نهاية الجلسة الثالثة، كان من الواضح أن الطفلة بدأت تدريجياً بالتغلب على توجسها السابق، فأصبحت تتعامل بقليل من الخوف، وبدأ قلقها يقل عند التعرض الرمزي لصور الحيوانات والطيور والحشرات، وللقصص المرتبطة بها، وأدى هذا التقدم إلى الانتقال للمرحلة التالية من العلاج.

ثانياً: الجلسة الرابعة

أخذ المعالج الطفلة للتنزه بجوار إحدى البحيرات القريبة، وطلب منها أن تلتقط باستخدام آلة التصوير صوراً للبجع والطيور البحرية من مسافة

بعيدة، ثم قرّب الطفلة تدريجياً لالتقاط صور قريبة، وصحبها في العودة إلى محل للطيور المنزلية وشجعها على إطعام الطيور المنزلية. لكنها بدأت تشعر بالقلق والخوف عندما طلب منها التقاط صورة لكلب يسير في الشارع، ولهذا فقد أجل المعالج موضوع التعرض للطلاب لجلسة قادمة.

ثالثاً: الجلسة الخامسة

بدأت هذه الجلسة باللعب بنموذج كلب من المطاط في المنزل، وتبع ذلك نزهة إلى الحديقة المجاورة للتعرض التدريجي للحيوانات، وقد استمرت الطفلة في التقاط صور للحيوانات، واستطاعت هذه المرة صوراً للكلاب من مسافة قريبة وبعيدة، ولكنها جفلت عندما رأت عنكبوتاً على أرضية الحديقة، إلاّ أنها لم تتحدث عن هذه الحادثة كثيراً، كذلك تجاهل المعالج هذه الحادثة ولم يجعل منها موضوعاً مهماً للحديث.

رابعاً: الجلسة السادسة

قامت الطفلة في النصف الأول من الجلسة في المنزل برسم عناكب وتلوينها وتعليقها في حجرتها، وخلال ذلك كان المعالج يحادثها عن العناكب وكيف تعيش، والمبالغات التي تروي عنها خطأ بأنها قد تضر بنا بينما هي في الحقيقة لا تضر الأسنان.

وفي النصف الثاني من الجلسة السادسة صحب المعالج الطفلة إلى أحد المستشفيات البيطرية حيث أمكن أن تلاحظ بعض الحيوانات كالكلاب أكثر من المرات الماضية، فكانت تسأل عن الكلاب الضالة وأوجه الرعاية التي تقدم لها، ولم يبد عليها الجزع عندما كانت تسمع نباح الكلاب في المستشفى، لكنها رفضت أن تلمسها أو تداعبها حتى بعد أن شجعها على محاكاته في ذلك.

استخدام أسلوب تقليل الحساسية التدريجي بشكل جماعي:

بسبب الطلب الزائد على الخدمة النفسية كان لا بد للعاملين في هذا المجال تطوير طرق تقديم فيها الخدمة النفسية بشكل أسرع وبكفاءة عالية فظهرت برامج الخدمة النفسية الجماعية والتي سميت بالإرشاد الجمعي أو العلاج الجمعي، وفيها يتم استخدام أسلوب علاجي معين مع مجموعة من الأفراد يعانون من مشاكل مشابهة وتقليل الحساسية التدريجي كواحد من الأساليب العلاجية الهامة التي لا يستغنى عنها، هو الآخر بشكل جمعي.

فمثلاً إذا كان هناك مجموعة من الأفراد الذين يعانون من خوف مرضي مشترك قد يكون من المناسب استخدام أسلوب تقليل الحساسية معهم بشكل جمعي. وبالنسبة للكيفية التي تتم فيها هذه العملية فإنه يطلب من الأعضاء بناء هرم قلق خاص بكل واحد منهم وللتوصل إلى هرم قلق مشترك يمكن إتباع واحد من الإجراءات التالية:

1- استخدام الهرم المعياري للقلق والذي يعد مسبقاً.

2- إعداد هرم من خلال الاستعانة بتقديرات الأعضاء للمشاهد المثيرة للقلق.

3- استخدام أسلوب المقابلة مع الأعضاء وفتح باب المناقشة بينهم وبين المعالج بهدف الوصول إلى هرم مشترك بين جميع الأعضاء.

وبعد بناء هرم القلق يبدأ تدريب الأعضاء على الاسترخاء العضلي التعليمات المقدمة هي نفسها المقدمة في الاستخدام الفردي ويقدم في وقت واحد وبعد أن يتقن جميع الأعضاء عملية استرخاء تعرض عليهم المشاهد من هرم القلق الجمعي وبنفس الطريقة التي تعرض فيها كما لو كان إرشاد فردي.

وعلى المعالج أن يكون يقظاً بحيث يتأكد أن القلق قد زال عند جميع الأعضاء بعد عرض مشهد معين وذلك قبل أن ينتقل إلى عرض مشهداً أو موقف جديد، وأخيراً فإن تقليل الحساسية التدريجي كأسلوب يقوم بشكل جمعي تثبت فاعليته في علاج كثير من المخاوف مثل قلق الامتحان والخوف من الحشرات.

لقد أوضحت دراسات عديدة فاعلية تقليل الحساسية التدريجي في إزالة أشكال مختلفة من الاضطرابات السلوكية مثل الخوف (من المدرسة، من الامتحان، من الحيوانات ...الخ)، ومشكلات الكلام، والاضطرابات الجنسية، والإدمان وغير ذلك.

كذلك أوضحت البحوث العلمية أن هذا الإجراء العلاجي إذا ما قورن بطرق العلاج الأخرى يؤدي إلى تحقيق الأهداف المرجوة في فترة زمنية قصيرة، وعلى أية حال، ينبغي الإشارة هنا إلى أن تقليل الحساسية التدريجي ليس بالإجراء المناسب لمعالجة كل الاضطرابات ذات العلاقة بالقلق، بل هو الإجراء المناسب عندما تكون هذه الاستجابات غير شديدة، وأخيراً لا يتفق الباحثون على الأسباب التي تكمن وراء فاعلية هذا الإجراء، ففي حين يفسر (ولبي Wolpe 1985) فاعليته تبعاً لقوانين وحدها لا تكفي، بل لا بد من أخذ قوانين الإشراط الإجرائي بالحسبان، فالتحليل التجريبي يوضح أن الأغلبية العظمى من الظواهر السلوكية، بما فيها الظواهر الانفعالية، تشتمل على كل من الإشراط الكلاسيكي، والإشراط الإجرائي.

قائمة أو استبانة مسح الخوف

1- صوت المكنسة الكهربائية.

2- الجرح وهو ينزف.

3- البقاء أو الجلوس وحيداً.

4- الوجود في مكان غريب.

5- الأصوات العالية.

6- الأشخاص الموتى.

7- الحديث في مكان عام.

8- قطع الشارع.

9- الشخص الذي يبدو مجنون أو مريض عقلي.

10- الوقوع أو السقوط.

11- السيارات (وسائط النقل).

12- السخرية.

13- طبيب الأسنان.

14- الرعد.

15- صفارة الإنذار.

16- الفشل.

17- الدخول إلى غرفة يوجد فيها أناس يجلسون قبل دخولي.

18- الأماكن العالية عن الأرض.

19- الأشخاص الذين يمتلكون عاهة أو إعاقة معينة.

20- الديدان.

21- المخلوقات الخيالية.

22- استقبال أو تلقي الأوامر.

23- الغرباء.

24- الخفاش.

25- الرحلات سواء في:

أ- القطار

ب- الباص

جـ- السيارة

26- الشعور بالغضب.

27- الأشخاص أصحاب السلطة أو المسئولية.

28- الحشرات الطائرة.

29- مشاهدة الآخرين وهم يحقنوا بإبرة طبية.

30- الأصوات المفاجئة.

31- الجو الممل أو قليل النشاط.

32- الجماهير المحتشدة.

33- الأماكن الواسعة والمفتوحة.

34- القطط.

35- شخص يهزأ أو يثور على شخص آخر.

36- الشخص، القاسي أو الصارم.

37- الطيور.

38- مشهد لماء عميق.

39- أن يراقبني أحد وأنا أعمل.

40- الحيوانات الميتة.

41- الأسلحة.

42- القانورات.

43- الحشرات الزاحفة.

44- مشهد الشجار أو القتال.

45- الشخص القبيح أو البشع.

46- الفأر.

47- المرضى.

48- الكلاب.

49- النقد من الآخرين.

50- الأشكال الغريبة.

51- الوجود في مصعد.

52- مشاهدة عملية جراحية.

53- الشخص الغاضب.

54- الكهرباء.

55- الدم.

56- مجموعة من الأصدقاء.

57- الأماكن المحصورة أو المغلقة.

58- توقع حاجتي لإجراء عملية جراحية.

59- الشعور بالرفض من الآخرين.

60- الوصفة الطبية.

61- الشعور بالاستهجان.

62- الأفاعي غير المؤذية.

63- المقابر.

64- التجاهل.

65- الظلام.

66- توقف القلب عن الخفقان.

67- البرق.

68- الأطباء.

69- أن ارتكب خطأ ما.

70- الطائرات.

71- أن أبدو كشخص غبي.

ملاحظة:

يطلب من المسترشد الإجابة عن هذه القائمة بحيث يضع إشارة (×) ضمن الدرجة التي يعتقد أن المشكلة موجودة عنده، وذلك على سلم متدرج يتكون من ست درجات. مثال:

الخوف من الطائرات

دائماً	غالباً	أحياناً	قليلاً	نادراً	أبداً

مثال آخر على هرم القلق:

الخوف من السباحة

* زيارة منطقة فيها بركة ماء أو بحر ... الخ.
* الوصول إلى منطقة الشاطئ.
* رؤية الآخرين وهم يغيرون ملابسهم استعداداً للسباحة.
* الطلب من الفرد تغيير ملابسه استعداداً للسباحة.
* رؤية الآخرين وهم يسبحون.
* النزول إلى الماء في ارتياح بسيط.
* التعمق في البركة نحو المنطقة العميقة.
* محاولة السباحة .... والشعور بعدم القدرة.
* الشعور بطلب المساعدة من الآخرين وهم لا يسمعون ولا يستجيبون.
* شعور بالخوف من اقتراب الأمواج من جسم الشخص.
* التخبط بالماء.
* محاولة العودة ... إلى الشاطئ ... وعدم القدرة ...
* رؤية الآخرين يضحكون منه لأنه يخاف من الماء.

مثال آخر على هرم القلق:

الخوف من ركوب الطائرة:

* رؤية صور طائرات.
* قرار السفر بالطائرة.

* تأكيد الحجز للسفر.
* ليلة السفر (قبل السفر بيوم واحد).
* ركوب السيارة باتجاه المطار.
* الوصول إلى المطار.
* حمل الحقائب باتجاه موظفي المطار.
* انتظار موظفي المطار للسماح بالاقتراب من الطائرة.
* رؤية المسافرين.
* سماع دوي محركات الطائرة.
* سماعِ موظف الاستعلامات ينادي للتوجه إلى الطائرة.
* المسير بالنفق باتجاه الطائرة.
* صعود سلم الطائرة.
* أخذ الموقع على كرسي الطائرة.
* رؤية الكابتن وهو يقول عليكم بشد الأحزمة.
* مسير الطائرة على مدرج المطار ... بهدف الإقلاع.
* بداية الصعود ... والإحساس بالطيران.
* الإحساس بالاهتزازات بسبب المطبات الهوائية.
* محاولة نزول الطائرة ... بعد قطعها مسافة ....
* الكابتن يتحدث عن النزول.
* ارتطام عجلات الطائرة بالمدرج أثناء هبوطها.
* النظر من شباك الطائرة.
* سماع نبأ تحطم طائرة.

الفصل السابع

أسلوب النمذجة

Modeling

1- ماهية النمذجة
2- اختيار النموذج
3- خصائص النموذج
4- النموذج المشارك
5- النمذجة الرمزية
6- المسترشد كنموذج
7- استخدام النمذجة القائمة على التدريب المعرفي

الفصل السابع

أسلوب النمذجة

Modeling

نحن ننمذج الكثير من السلوكيات التي شاهدناها لأشخاص مؤثرين في حياتنا، وذلك منذ نعومة أظفارنا وحتى الآن، والنمنجة (التقليد) تلعب دوراً مهماً في اكتساب كلاً من السلوكيات المناسبة وغير المناسبة، والأطفال يكتسبون أغلب سلوكياتهم من خلال ملاحظة وتقليد آبائهم ومعلميهم وأصدقائهم، ومن النماذج الأخرى في بيئاتهم. البالغين أيضاً يعبرون عن استجابات تعلموها من خلال التقليد للسلوكيات التي تصدر عن الأشخاص المهمين في حياتهم.

والنموذج هو الفرد الذي يملك سلوكاً يخدم كمنبه (مؤشر) يعد سبباً لاستجابات تتقلد من قبل أشخاص آخرين، والسلوك التقليدي يشبه في بعض أبعاده السلوك النموذج.

على سبيل المثال: مشاهدة التلفزيون تزود بالعديد من النماذج للناس ليقلدوها، مثل: المأكولات والمشروبات تستخدم كأشياء ذات قيمة عالية وتؤثر على الأفراد ليعززوا ويرفعوا من شأن القيمة الشرائية من هذه المنتجات من قبل المشاهدين. والسلوك غير السوي والمنحرف يمكن أن يقلد أيضاً بطريقة مماثلة.

فعلى سبيل المثال، فإن الفرد الذي ربما لم يسرق شيئاً في حياته إطلاقاً، يسرق قلم الحبر من المستودع بعد أن رأى صديقه يعمل ذلك. والسلوك التقليدي ليس بالضرورة أن يتبع مباشرة النموذج المعروض (يمكن أن يكتسب الشخص الاستجابة ويعيدها في وقت لاحق).

فمثلاً: الطفل الذي يشاهد التلفاز ويلاحظ الممثل المشهور يرمي غلاف الحلوى في سلة المهملات ويطلب من الحضور أن يفعلوا الشيء نفسه، هذا الطفل يتعلم هذه الاستجابة بالرغم من أنه لم يفعلها مباشرة بعد رؤيته للتلفاز، فالتقليد يحدث في أي وقت لاحق، فمثلاً عندما يأكل هذا الطفل الحلوى مع أصدقائه (بنفس الطريقة) يرمي الغلاف في سلة القمامة ويخبر أصدقائه أن يفعلوا الشيء نفسه. فالنمذجة تسهل اكتساب السلوكيات التي من الصعب تطويرها بطرق أخرى.

1- ماهية النمذجة

هو التكنيك الذي يمكن للفرد فيه أن يتعلم من خلال ملاحظة سلوك شخص آخر، ويمكن استخدام النمذجة منفردة في بعض الحالات العلاجية، ففيها يتم مساعدة المسترشد (المسترشد) على اكتساب استجابات معينة أو لإطفاء بعض المخاوف، وفي حالات أخرى تكون النمذجة أحد عناصر الإستراتيجية العلاجية والتي يقوم من خلالها المرشد بتأدية السلوكيات المستهدفة، والنموذج يمكن أن يكون حي أو رمزي، والنماذج الحية هم الأشخاص كالمعالج، المعلم، الأب، والصديق ....الخ.

والمرشد يمكن أن يكون نموذجاً حياً، وذلك بأن يؤدي السلوك المرغوب فيه ويرتب أفضل الظروف للمسترشد ليؤدي مثله.

أما النماذج الرمزية، فيمكن تقديمها من خلال المواد المكتوبة كالكتيبات، والملخصات، والأفلام، والأشرطة المسموعة والمرئية، أو السلايدات أو الصور. ويمكن للنمذجة أن تأخذ مكانها بجعل المسترشد (المسترشد) يتخيل شخصاً يؤدي السلوك المستهدف كما هو الحال في النمذجة الضمنية (الخفية).

وتتضمن النمذجة العمليات (Processes) التالية:

1- الانتباه Attention.

2- الاحتفاظ Retention.

3- الإعادة (التكرار) Reproduction.

4- الدافعية Motivation.

1- الانتباه Attention:

يشير إلى فعالية الملاحظ في التركيز على ما يتم نمنجته، على سبيل المثال قد يكون من الصعب على المسترشد أن ينتبه إلى نموذج وهو يشعر بالقلق، ففي مثل هذه الحالات يمكن للمرشد أن يطبق إجراءات الاسترخاء مع المسترشد قبل القيام بعملية النمنجة. واحدة من الطرق التي يمكن للمرشد من خلالها تسهيل عملية انتباه المسترشد هي أن يشير إلى ما يريد أن ينتبه إليه المسترشد قبل تقديم النموذج، أو أن يعطيه تعليمات بهذا الخصوص.

2- الاحتفاظ Retention:

تشير إلى التصنيف اللغوي أو الرمزي، التنظيم المعرفي، أو الإعادة الضمنية لما تم نمنجته أو تأديته، يمكن للمرشد أن يثري عمليات الاحتفاظ عن طريق ترتيب وعرض النماذج بتسلسل بحيث تتضمن كل حلقة فيه مشهد محدد من النموذج الكلي، وبعد عرض النموذج فإن التلخيص لما تم تأديته من قبل المرشد أو المسترشد قد يساعد أيضاً على عملية الاحتفاظ.

3- الإعادة (التكرار) Reproduction:

هي العملية الثالثة التي تتضمنها النمنجة والتي تشير إلى قدرة الملاحظ على إعادة أو ممارسة السلوك الذي تم نمنجته.

4- الدافعية Motivation:

هي آخر العمليات التي تتضمنها إجراءات النمنجة، ويمكن للمرشد أن يشجع الدافعية بأن يزود المسترشد بالأساس (التبرير) المنطقي لاستخدام

النمذجة، مثال ذلك: يمكن أن يوضح المرشد كيفية تطبيق الإجراء والفوائد التي يحصل عليها المسترشد لقاء ذلك، ويمكن أن تزداد الدافعية إذا قام المسترشد بأداء السلوك النموذج بنجاح، وهذا يمكن ترتيبه بواسطة التدرب على خطوات صغيرة ناجحة.

إن هذه العمليات الأربع التي تتضمنها النمذجة: الانتباه، الاحتفاظ، الإعادة، والدافعية هي عمليات متداخلة، فعلى سبيل المثال يمكن للمرشد أن يغني دافعية المسترشد عند إعادته للسلوك النموذج بشكل واضح. إن هذه العمليات الأربعة تعتمد على صفات النموذج وعلى عرض أو تقديم إجراءات النمذجة.

2- إختيار النموذج Choice of the Model

هناك شكلان من النماذج يمكن الاختيار من ضمنهما.

الشكل الأول: يتضمن استخدام النموذج الحي، وهو الذي يقوم فعلياً بأداء السلوك الحالي في العديد من الحالات استخدام النموذج الحي يكون مفضلاً، لأن الملاحظ يحب الانتباه والاندماج في صور طبيعية وحقيقية في المواقف الحياتية.

إن استخدام النماذج الحية أحياناً يكون فيه تعرض للمخاطر خاصة في تلك السلوكيات المنمنجة التي لا يمكن التنبؤ بها أو السيطرة عليها على سبيل المثال: في نمذجة الخوف من الأفعى إذا كانت إجراءات المعالجة تبدأ بظهور وزيادة القلق (أو حتى الاستياء من لسع الأفعى) فإذا حدث مثل هذا فإن المعالجة سوف تعطي نتائج عكسية (عكس النتائج المرجوة) والمسترشد سيزداد حساسية وخوفاً من الأفاعي.

في تطبيقات أخرى للنمذجة يمكن اختيار الشكل الثاني، حيث يفضل المعالج استخدام النمذجة الرمزية والتي تحتوي على عرض النماذج على شكل أفلام أو فيديو أو صور.

وللنمنجة الرمزية مزايا تمتاز بها عن النمنجة الحية، منها:

أ- سلوكيات النماذج المسجلة يمكن السيطرة عليها وتحريرها (إذا كان هناك ضرورة) لتركيز الانتباه على السلوكات المستهدفة.

ب- الأفلام يمكن أن يحتفظ بها لإعادتها واستخدامها في الجلسات العيادية.

جـ- النمنجة الرمزية يمكن أن تستخدم في المواقف العلاجية الجماعية والتي تهدف إلى تعديل سلوك عدد من الملاحظين في نفس الوقت.

3- خصائص النموذج

إن صفات النموذج قد تكون من العوامل المهمة التي تساهم في نجاح النمنجة، إن الصفات التي وصفت تحت هذا العنوان تمثل الكمال، ولذا قد يكون من غير العملي (ليس سهلاً) للمرشد أن يستخدم أو يطبق كافة هذه السمات المثالية (الكمالية)، خصوصاً عندما يكون على المرشد أن يؤدي دور النموذج أو عند استخدام النماذج الحية الأخرى، قد يكون من الأسهل تضمين هذه الصفات في النماذج الرمزية.

لقد أظهرت الأبحاث أن تأثير وفعالية النمنجة يمكن تحسينها عندما يكون هناك تشابه كبير بين النموذج والمسترشد، إن النموذج الذي سيتم اختياره يجب أن يكون مشابه للمسترشد في العمر والجنس، إن مكانة النموذج والتشابه في الخلفية الثقافية والأخلاقية والأصول العرقية قد تكون ذات تأثير مهم على بعض المسترشدين.

إن محاولات الأداء المتعددة يمكن ترتيبها لجعل نموذج واحد يؤدي السلوك لمرات متعددة، وقد نجعل عدة نماذج تؤدي نفس السلوك أو نفس الاستجابة. مثلاً: يمكن لنموذج أن يعرض لمرات متعددة كيف يمكن

للمسترشد أن يتحدث لصديق أو يمكن لعدة نماذج أن يعرضوا هذه الاستجابة نفسها.

إن النماذج المتعددة يجب أن يراعى أن تمتلك صفات واهتمامات مشابهة لتلك الموجودة لدى المسترشد. إن استخدام النماذج المتعددة قد يزيد من إمكانية التعميم ومن فعالية النمنجة، إن النماذج المتعددة قد تعطي إشارات أكثر للعميل وقد تكون أكثر تأثيراً من النموذج الوحيد لأن المسترشدين يمكنهم استخراج نقاط القوة لكل نموذج.

والنموذج التكيفي Coping Model قد يكون أفضل من النموذج السيد Mastery Model، بمعنى أن النموذج الذي يظهر بعض الخوف أو القلق، يخطئ في الأداء أحياناً، ويظهر درجة من الكفاح والتوافق أثناء الأداء للسلوك أو النشاط، قد يكون أقل تهديداً من النموذج السيد Mastery Model الذي يظهر على أنه كامل الصفات ولا عيب فيه.

إن عرض النموذج يجب أن يحول حسب وجهة نظر المسترشدين وليس بأبعد مما يستطيعون الوصول إليه، هذا بالإضافة إلى أن النموذج الذي يعاني من مشاكل شبيهة بتلك التي يعاني منها المسترشد قد يساهم في إنجاح إجراء النمنجة بشكل أكبر.

إن الأداء المتكرر للاستجابة الواحدة يكون ضرورياً غالباً. كما يشير (باندورا) Bandura فإن الأداء المتعدد للنمنجة يظهر للمسترشد كيف يمكن أداء بعض الأشياء بأفضل مستوى وكذلك تحول دون ظهور أي نتائج مخيفة أو غير مرغوبة.

تذكر أنه في بعض الحالات قد لا يستطيع المرشد استخدام نماذج متعددة في المقابلة الواحدة، إن اختيار نموذج بصفات معينة يتم تحديده قياساً لمشكلة المسترشد وأهدافه وصفاته الشخصية وأحياناً قد يكون المسترشد نفسه هو النموذج الأفضل.

4- النموذج المشارك

تتكون النمنجة بالمشاركة من توضيح للنموذج، ممارسة موجهة، تجارب ناجحة. وتعتبر النمنجة بالمشاركة أن إنجاز الفرد الناجح هو معنى حقيقي لإنتاج التغيير.

ومن خلال الأداء الناجح للصعوبات واستجابات الخوف فإن الفرد يستطيع تحقيق احتمالية عمل تغيير في السلوك. والنمنجة بالمشاركة تحقق وبسرعة مستويات عالية في تغيير السلوك، المواقف الشخصية، والفعالية الذاتية المقاسة في التعامل مع مثيرات الخوف.

لقد نجح هذا الأسلوب في تقليل الخوف المرضي من القطط والكلاب للراشدين، وتقليل السلوك التجنبي والمخاوف المرضية من الأماكن المرتفعة ونقص المهارات الاجتماعية وتوكيد الذات.

هناك أربعة عناصر أساسية للنمنجة بالمشاركة هي: التبرير، والنمنجة، والممارسة القيادية الموجهة، النجاح أو التجارب المعززة. وهذه العناصر مهمة حيث أن النمنجة بالمشاركة تستخدم لتقليل السلوك التجنبي للخوف أو لزيادة بعض السلوكيات أو المهارات. وكل عنصر يتضمن عدة أجزاء تقدم وصفاً لكل عنصر.

1- التبرير Treatment Rational:

مثال على تبرير يمكن للمرشد إعطاءه للنمنجة بالمشاركة: يقول المرشد: (هذا الإجراء استخدم لمساعدة الأشخاص الآخرين للتخلص من المخاوف واكتساب سلوكيات جديدة، وأن هناك ثلاثة أشياء سنقوم بعملها وهي:

أولاً: سوف نشاهد بعض الأشخاص وهو يقومون بالأداء.

ثانياً: سوف نقوم بتطبيق ذلك الأداء أنا وأنت خلال الجلسة.

ثالثاً: سوف يتم تنظيم الأمور لعمل ذلك خارج الجلسة، في مواقف تشعر أنك ستنجح في أدائها، وأن هذا النوع من التطبيق سوف يساعدك لأداء ما هو (صعب عليك أن تقوم به لوحدك).

2- النمذجة Modeling:

النمذجة تتضمن تحديد السلوك المستهدف وتجزئته إلى سلسلة من المهارات الصغيرة بشكل هرمي ثم يتم اختيار النموذج المناسب سواء كان المرشد أو شخص آخر، بعد ذلك يتم تقديم التعليمات للمسترشد حول ما سيتم نمذجته. وأخيراً يتم أداء النموذج.

3- المشاركة القيادية الموجهة Guided Participation:

بعد شرح السلوك أو النشاط يعطى المسترشد فرصة وتوجيهاً لأداء السلوكيات المنمذجة. المشاركة القيادية الموجهة أو الأداء هي أهم العناصر لتعليم كيفية التكيف لتقليل تجنب الأوضاع المخيفة، ولاكتساب سلوكيات جديدة، والأفراد يجب أن يختبروا النجاح في استخدام ما تم نمذجته. ومشاركة المسترشد في جلسة الإرشاد يجب أن تبنى على أسلوب غير مهدد يهدف إلى تعزيز قدرات وكفايات جديدة واثقة.

وتتضمن هذه الخطوة ممارسة (تطبيق) المسترشد للاستجابة بمساعدة المرشد ثم التغذية الراجعة من قبل المرشد، واستخدام تأثيرات (مساعدات) موجهة في المحاولات الأولى للتطبيق ثم تقليل أو تلاشي هذه المساعدات الموجهة بشكل تدريجي، وأخيراً التطبيق الذاتي للمسترشد.

4- النجاح أو التجارب المعززة:

العنصر الأخير من إجراء النمذجة بالمشاركة هو النجاح أو التجارب المعززة، ويجب أن يختبر المسترشدون النجاح في استخدام ما تعلموه، بالإضافة إلى ذلك وكما أشار (باندورا)، التغييرات النفسية غير قابلة للثبات إلاّ إذا أثبتت فعاليتها عندما تمارس في الحياة اليومية.

تتضمن هذه الخطوة تحدي المواقف في البيئة الطبيعية للمسترشد، وتخطيط هذه المواقف بشكل هرمي وتخطيط مجموعة من الوظائف ليقوم بها المسترشد بواسطة التوجيه الذاتي.

5- النمذجة الرمزية

في النمذجة الرمزية يتم تقديم النموذج من خلال مواد مكتوبة، أو أفلام، أو أشرطة فيديو أو سلايدات. ويمكن تطوير النماذج الرمزية لمسترشد واحد أو يتم توحيدها لمجموعة من المسترشدين. وقد تم استخدام شخصيات كرتونية كنماذج لتعليم الأطفال مهارات اتخاذ القرار. وتم تقديم هذه الشخصيات في مجموعة متكاملة من المواد المكتوبة والأشرطة السمعية.

وقد يجد المرشدون بأن تطوير نموذج موحد يكون أكثر فعالية وأبلغ أثراً في نفس الوقت حيث بإمكانه الوصول إلى أكبر عدد ممكن من المسترشدين. فعلى سبيل المثال يتمكن المرشد المدرسي الذي يلاحظ وجود نقص في المهارات المتعلقة في الحصول على المعلومات لدى مجموعة كبيرة من الطلبة فيستطيع المرشد القيام بتطوير شريط واحد ليتمكن العديد من الطلبة استخدامه.

خلال تطوير إجراءات النمذجة الرمزية يجب أن يأخذ المرشد الأمور التالية بعين الاعتبار:

أ- خصائص الأشخاص المستفيدون من النموذج:

عند تطوير النموذج الرمزي يجب تحديد مزايا الأشخاص الذين صمم هذا النموذج من أجلهم، ومن هذه المزايا التي سيتم تقييمها نذكر: العمر، الجنس، الممارسات الثقافية، المزايا العرقية والعنصرية، ومشاكل الناس المستخدمين لهذا الإجراء.

ويجب أن تكون مزايا النموذج الرمزي مماثلة لمزايا الأشخاص الذين صمم هذا الإجراء من أجلهم. وينبغي على المرشد دراسة درجة التباين التي قد تظهر في هذه المزايا بين مستخدمي النموذج الرمزي، إن استخدام عدة أشخاص ليكونوا نماذج (استخدام عدة نماذج) سوف يجعل من النموذج الرمزي أكثر فائدة عند وجود مجموعة متنوعة من المسترشدين.

ب- السلوك المستهدف الذي ستتم نمذجته:

يجب أن يتم تحديد السلوك المستهدف أو السلوك الذي ستتم نمذجته، ويمكن للمرشد أن يطور سلسلة من النماذج الرمزية للتركيز على سلوكيات مختلفة أو نموذجاً معقداً من السلوكيات يمكن تقسيمه إلى مهارات أقل تعقيداً. فقد قام Webster & Stratton باستخدام شريط فيديو يعرض صوراً لنماذج آباء عرضوا سلوكيات أبوية ملائمة ومرغوبة (يكون الأب مهتماً بتربية أبنائه ويلعب معهم) لتدريب الآباء والأمهات.

وسواء تم تطوير نموذج واحد أو عدة نماذج فعلى المرشد أن يقوم بتنظيم هذه النماذج وتشكيلها أو بنائها حول ثلاثة أسئلة:

* ما هي السلوكيات التي يجب اكتسابها؟
* هل يتطلب الأمر تقسيم هذه السلوكيات أو النشاطات إلى مجموعة متتابعة من المهارات الأقل تعقيداً؟
* كيف يجب أن يتم ترتيب هذه المهارات؟

جـ- الأداة التي ستستخدم في النمذجة:

يعتمد اختيار الوسيلة على مكان استخدام النمذجة الرمزية، ومع من سيتم استخدامها وعلى كيفية استخدامها. فقد لوحظ بأن النماذج المسجلة على شريط مسجل (كاسيت) هي اقتصادية ومتعددة المزايا ومع ذلك فقد لا تكون أشرطة الكاسيت فعالة لأنها غير مرئية.

وقد تستخدم النماذج المكتوبة كإجراء علاجي كتابي، وذلك بتصوير شخص (بالرسم) أو موقف مشابه ومماثل للمسترشد وللسلوك المستهدف.

د- محتويات العرض أو النموذج:

بغض النظر عن الوسيلة المستخدمة للعرض المنمذج يجب أن يقوم المرشد بتطوير نص مكتوب بعكس محتوى العرض المنمذج، ويجب أن يتضمن النص خمسة أجزاء: التعليمات، النمنجة، التدريب، التغذية الراجعة والتلخيص.

هـ- الاختبار الميداني للنموذج:

إنها فكرة جيدة لتفحص النص قبل أن تقوم فعلياً بتشكيل وتركيب النموذج الرمزي ومن خلاله يمكنك فحص واختبار النص المكتوب ميدانياً وذلك مع بعض الزملاء أو الأشخاص من المجموعة المستهدفة. حيث يجب أن يتم فحص اللغة والتتابع الزمني للأحداث والنموذج ووقت الممارسة والتغذية الراجعة من قبل المسترشد قبل أن يتم تصميم النموذج الرمزي النهائي على أنه صالح وجاهز للاستعمال.

6- المسترشد كنموذج

بحيث يكون المسترشد هو النموذج للسلوك المرغوب، وذلك بأن يتم تسجيل سلوك المسترشد على شريط فيديو أو شريط مسجل، ويتم مكافأة الأداء الناجح وتصحيح الأداء الخاطئ وإعطاء تغذية راجعة حوله.

مميزات هذا الأسلوب أن الشخص عندما يشاهد نفسه أو يسمع صوته فإنه سوف يسمع وينتبه بشكل أكبر مما لو كان النموذج رمزي، واستخدمت هذه الإستراتيجية لتحسين أداء السباحة للأطفال ولمعالجة التلعثم، ولإكساب المهارات الاجتماعية وأثبتت فعاليتها.

يتضمن تطبيق هذه الإستراتيجية خمس خطوات وهي كالتالي:

1- التبرير.

2- تسجيل السلوك المرغوب.

3- حذف السلوكيات غير المناسبة من الشريط وإبقاء المناسبة (تحرير الشريط).

4- التوضيح وإعطاء التغذية الراجعة من قبل المرشد.

5- ملاحظة الذات والممارسة.

1- التبرير:

يقدم المرشد تبريراً وأساساً منطقياً للعلاج لإجراء الذات كنموذج، ويتضمن التبرير ما يلي:

أ- السبب وراء استخدام هذا الاسلوب.

ب- لمحة موجزة عن هذا الأسلوب.

جـ- أخذ موافقة المسترشد على تطبيق هذا الأسلوب.

ويوضح المرشد للمسترشد بأن هذا الإجراء الذي سنقوم باستخدامه يعتمد على فكرة تعلم الناس لعادات أو مهارات جديدة من خلال مراقبتهم وملاحظتهم لأناس آخرين في مواقف متعددة. والسبب أن الطريقة التي يتم بها ذلك تكمن في مشاهدة الناس لأشخاص آخرين يقومون بعمل أشياء أو يشاهدون فيلماً أو يسمعون شريطاً مسجلاً لأناس يقومون بعمل أشياء، وما سنفعله نحن هو تغيير هذا الإجراء قليلاً بجعلك أنت تراقب نفسك بدلاً من أن تراقب شخصاً آخر. ويكون ذلك من خلال تصوير بالفيديو أو تسجيل بالمسجل بالسلوك المرغوب لديك، ثم تقوم أنت بمشاهدة أو (سماع) نفسك على الشريط وأنت تؤدي ذلك السلوك، بعدها سنقوم بالتدريب وممارسة السلوك الذي قمت بمشاهدته (سماعه) على الشريط وسوف أعطيك تغذية راجعة حول تأديتك التمرين.

اعتقد بأن مشاهدة نفسك وأنت تمارس أو تتدرب على هذه السلوكيات سوف تساعدك على اكتساب هذه المهارات، كيف يبدو لك ذلك (يظهر المسترشد رغبته واستعداده).

2- تسجيل السلوك المرغوب:

يتم تسجيل السلوكيات المستهدفة المرغوبة على شريط أو تصويرها على شريط فيديو ويجب أن يكون الشريط طويلاً كفاية بحيث يتمكن المسترشد فيما بعد من سماع نفسه وهو يعبر عن آرائه بصوت قوي، ثابت وواثق، وقد يضطر المرشد لتدريب المسترشد بحيث يعكس ولو جزء من الرسالة المسجلة صوتياً للاستجابة المرغوبة.

وتكمن ميزة هذه التسجيلات في الحصول على أمثلة للسلوك الفعلي للمسترشد في مواقف الحياة الفعلية. ومع ذلك فلا يمكن دائماً عمل ذلك وخاصة إذا كان مستوى الخط القاعدي لتأدية المهارة المطلوبة منخفضاً جداً وسواء تم عمل هذه الأشرطة في الواقع أو في الجلسة، فسوف يكرر التسجيل لحين أن يتم الحصول على نموذج للسلوك المطلوب والمرغوب.

3- تحرير الشريط:

يقوم المرشد بتحرير الشريط بحيث يتمكن المسترشد من مشاهدة أو سماع السلوك المستهدف فقط. ويتم ذلك من خلال حذف السلوكيات غير المناسبة من الشريط تاركاً شريطاً يحتوي على الاستجابات المرغوبة فقط. إن الهدف من إخراج السلوكيات غير المناسبة هو تزويد المسترشد بنموذج إيجابي معزز ومشجع للذات.

على سبيل المثال بالنسبة للأشخاص المتلعثمين يجب حذف مناطق التأتأة بحيث يحتوي الشريط على أجزاء الحوار التي لا تحدث فيها هذه التأتأة.

4- العرض مع التوضيح والتغذية الراجعة:

بعد أن يتم تحرير الشريط يقوم المرشد بعرضه على مسامع المسترشد. في البداية يتم إخبار المسترشد بما يلاحظه أو يراقبه على الشريط. فبالنسبة لمثال التأتأة والتدريب التأكيدي، قد يقول المرشد: ((أصغ إلى الشريط ولاحظ بأنك قادراً على التحدث دون تأتأة في الحوارات التي أجريتها)).

وبعد هذه التعليمات يعيد المرشد والمسترشد سماع الشريط، فإذا كان طويلاً فيمكن إيقافه في مواضع متعددة للحصول على ردة فعل المسترشد وإعطاء التغذية الراجعة من قبل المرشد لإظهار السلوك المحبذ. وبعد الاستماع إلى الشريط بعد تسجيله، على المسترشد أن يتدرب على السلوكيات التي يتم إظهارها على الشريط، ويستطيع المرشد أن يسهل الممارسة الناجحة من خلال التدريب، مكافأة النجاح، وتصحيح الأخطاء. ويعتمد عنصر الذات كنموذج أساساً على الممارسة وعلى التغذية الراجعة.

5- الملاحظة الذاتية والممارسة:

قد يستفيد المسترشد أكثر من إستراتيجية الذات كنموذج عند استخدام الشريط الذي تم تحريه بالاقتران مع الممارسة خارج المقابلة. وبعد كل استخدام يومي للشريط، يجب أن يمارس المسترشد السلوك بدون استخدام الشريط. تدريجياً يجب تعليم المسترشد كيف يستخدم الاستجابات المرغوبة في المواقف الفعلية خارج إطار المقابلة.

7- استخدام النمذجة القائمة على التدريب المعرفي

النمنجة المعرفية هي إجراء حيث يقوم المرشد بإخبار الناس ماذا يقولون لأنفسهم أثناء تأدية مهمة معينة. تم استخدام النمنجة المعرفية من قبل (ساراسون) Sarason لخفض قلق الامتحان، ويشير إلى أن فردية

النمذجة المعرفية تكمن في نمذجة ((الاستجابات الضمنية أو الخفية المرتبطة بالأداء))، وأن هذه العوامل الكامنة لربما تكون بنفس أهمية الاستجابات الظاهرة في النمذجة نفسها.

خطوات النمذجة على التدريب المعرفي:

1- المبرر:

يتم فيه إعطاء المنطق والتبرير، مراجعة الإجراءات، أخذ موافقة المسترشد.

مثال على التبرير في النمذجة المعرفية:

((يوجد بعض الناس ممن لديهم صعوبات معينة في تأدية بعض المهمات، في بعض الأحيان ليس السبب أنهم لا يوجد لديهم القدرة على القيام بذلك، ولكن بسبب ما يقولونه لأنفسهم أو ما يفكرون به أثناء تأدية المهمة، فالحديث الذاتي يمكن أن يعترض أو يتدخل في تأدية المهمة أو في الأداء. على سبيل المثال إذا نهضت لتلقي كلمة وكنت تفكر "أي فاشل سأكون" إن هذا النوع من الأفكار ربما يؤثر على الطريقة التي ستلقي بها الكلمة. وسيساعدك هذا الإجراء على إنجاز المهمة بالطريقة التي تحب أن تؤديها بها عن طريق اختبار وإنشاء بعض التخطيط المساعد والحديث الذاتي للاستخدام أثناء تأدية المهمة. أنا سأري نفسي ماذا أقول لنفسي أثناء تأدية المهمة. ثم سأطلب منك أن تؤدي المهمة بينما سأوجهك أثناء تأديتها، بعد ذلك ستؤدي المهمة مرة أخرى وتوجه نفسك بصوت عالٍ أثناء تأديتها. والنتيجة النهائية يجب أن تكون تأديتك للمهمة أثناء تفكيرك وتخطيطك للمهمة داخلياً بنفسك. كيف ترى ذلك؟)).

يتم توضيح الأسئلة إذا كانت هناك أسئلة.

2- النمذجة المعرفية للمهمة والتوجيه الذاتي:

يعطي المرشد للمسترشد تعليمات بأن ينتبه ويستمع لما يقوله لنفسه أثناء تأدية المهمة. ينمذج المرشد المهمة وأثناء ذلك يتحدث بصوت عالٍ.

3- التوجيه الخارجي الظاهر:

بعد أن يؤدي المرشد المهمة، يطلب من المسترشد أن يؤديها. يدرب المرشد المسترشد على استخدام الضمير الشخصي.

أحياناً قد يتأثر المسترشد بأشخاص آخرين يراقبون أثناء تأدية المهمة ويعطلونها، المرشد يتدخل هنا ويقول: (هؤلاء الناس قد يسببون لك التشتت. انتبه فقط لما تقوم به).

4- التوجيه الذاتي الظاهر:

المرشد يعطي المسترشد تعليمات بأن يؤدي المهمة بإعطاء تعليمات لنفسه وبصوت عالٍ.

يجب أن ينتبه المرشد جيداً إلى محتوى الألفاظ الذاتية للمسترشد. عندما يكون التوجيه الذاتي غير كامل أو يصل إلى نقطة يقف عندها، يتدخل المرشد ويدرب المسترشد، قد يعيد خطوات معينة أو يقوم بالنمذجة من جديد. يقدم المرشد التغذية الراجعة حول الدقة والأخطاء.

5- التوجيه الظاهري المضمحل: (يتدرج من الظاهري إلى الخفي)

وهي الخطوة التي تتوسط بين التوجيه الذاتي بصوت عالٍ والتوجيه الذاتي الضمني. الهدف منها هو الوصول إلى التوجيه الذاتي الضمني والتفكير بنفسه أثناء التأدية.

6- التوجيه الذاتي الخفي:

يؤدي المسترشد المهمة ويعطي تعليمات ذاتية بشكل خفي (ضمني) ومن المهم عمل ذلك بعد أن يعطي المسترشد تعليمات وتوجيهات ذاتية ظاهرة.

إذا واجهت المسترشد صعوبة في الحديث الذاتي يقوم المرشد بإعطاء افتراضات لألفاظ مناسبة أكثر، ويمكن إعطاء تدريب إضافي. وبذلك يكون المسترشد قادر على تطبيق الإجراء خارج الجلسة.

7- الوظائف البيتية والمتابعة:

من المهم التعميم من المقابلة إلى بيئة العمل.

تطبيقات على النمذجة بالمشاركة:

معالجة الخوف من الأفاعي:

الخوف من الأفاعي منتشر والعديد من الأفراد منهم يقيدون أيام عطلهم في المدينة ولا يذهبون إلى الرحلات، وكما يقيدون سلوكياتهم الأخرى بسبب هذا الخوف.

بعد بدء الجلسة أو جزء من الجلسة، أولاً: يطلب من المسترشد أن يدخل إلى الغرفة التي توجد فيها الأفعى تلك الموجودة داخل قفص زجاجي في الجهة الأخرى من الغرفة. يتم إخبار المسترشد أن الباب سوف يتم إعادة فتحه أثناء جلسة المعالجة وأنه يمكنه المغادرة في أي وقت. بعد ذلك يطلب منه الوقوف أو الجلوس في أي مسافة (منطقة) من القفص هو يرتاح إليها (هنا يوجد بعض الإجبار المسترشد يجب أن يكون في الغرفة وقادر على رؤية الأفعى ويتابع التفاعل المنمذج بوضوح).

المعالج بعد ذلك يلبس زوج القفازات ويفتح أعلى الصندوق الزجاجي ويلامس الأفعى لفترة قصيرة (لكن ليس متردداً).

إن هذا التفاعل سبب ضغوط مفرطة أو غير ملائمة عند المسترشد، ربما يبعد نفسه عن القفص، بالإضافة لذلك المعالج يجب أن يعيد تأكيده لفظياً على أن الأفعى لا تستطيع الهروب من القفص. خلال النمنجة، المعالج (النموذج) يجب أن يتصرف بهدوء، بثقة، وعدم التردد ويعرض الدفء تجاه المسترشد.

بعد هذه التفاعلات المنمنجة، المعالج ربما يتابع (يواصل) سلسلة رئيسية للتفاعلات المنمنجة مع الأفعى كالتالي:

1- إجراء اليد المغطاة:

* ملامسة (ضرب) الجزء الأوسط للأفعى، بغد ذلك الذنب، ثم على الرأس.

* يرفع الجزء الأوسط للأفعى ثم الذنب ثم الرأس.

* يمسك الأفعى بلطف ولكن بشكل تام لبضع إنشات من الرأس وحوالي (6) إنش من الذنب ويحركها من القفص.

* يمسك الأفعى بأريحية، ينمذج كيف تكون عملية التفاعل سهلة ومريحة. كيف يكون النموذج قد سيطر بشكل تام على هذا الإجراء، تستمر هذه السيطرة للعديد من الدقائق، حتى تشير الدلائل الخارجية إلى أن مستوى القلق انخفض لدى العميل.

2- أسلوب اليد المجردة:

نفس الأساليب السابقة (في إجراء اليد المغطاة) تعاد وتكرر من قبل المعالج (النموذج) واليدان مكشوفتان. أثناء هذا الإجراء يجب أن تؤخذ الرعاية بعين الاعتبار حتى لا تبث عند المسترشد إفراط في الإثارة (إثارة مفرطة).

إذا شعر المسترشد بالخوف، أو لاحظ المعالج الخوف لدى المسترشد يجب أن يوقف هذا الإجراء، ويجب أن تعاد الأفعى إلى قفصها، ويجب أن

يعطى المسترشد الدعم وإعادة الطمأنينة، وربما يقترح بعض الاسترخاء. إذا حصلت مثل تلك الإعاقة في الإجراء يجب أن يعود إلى المراحل الأولى من الإجراء.

عندما تنتج هذه النمنجة بشكل تام ولا يشعر المسترشد بالخوف، يسأل المسترشد فما كان مستعداً للتعامل مع الأفعى، خلال هذا القوت معظم المسترشدين يوافقون، على أية حال إذا لم يكن المسترشد مستعداً يستمر المعالج بالتوضيح والشرح ويترك المسترشد ليهدأ ويسيطر على نفسه ويظهر الاستعداد للتعامل مع الأفعى.

عندما يوافق المسترشد على ملامسة الأفعى (التقليد) يجب على المعالج أن يخرج الأفعى ويمسك بها ويطلب من المسترشد أن يلبس القفازات ويلامس منتصف الأفعى لفترة قصيرة.

عندما ينجح المسترشد بهذه الخطوة يجب أن يعطى الدعم والتعزيز. مثل: (أنا واثق أنها المرة الأولى التي تلامس فيها أفعى، لكن جيد منك).

بعد ذلك يُطلب من المسترشد أن يلامس وسط الأفعى، ثم يلامس ويداعب ذنب الأفعى.

عندما يكمل المسترشد الملامسات والمداعبات ويداه مغطاة، يطلب المعالج من المسترشد أن يمسك الأفعى ويداعبها -ويداه مغطاة- من الوسط ثم الذنب ثم الرأس، وفي كل مرة يقدم له الدعم والتعزيز.

وفي أي لحظة يعبر المسترشد عن القلق، يأخذ المعالج الأفعى مباشرة ويعيد طمأنته قبل أن يعود إلى العملية المشاركة.

إن الاستفادة من تدخل المعالج عند ظهور أي مشكلة هو جزء مهم من الأسلوب، ويجب أن يتأكد المعالج من أن المسترشد يعرف ذلك.

الفصل الثامن

أسلوب المعالجة بالتنفير

1- تمهيد

2- الإجراءات والأساليب السلوكية المبني عليها أسلوب المعالجة بالتنفير

3- أسلوب التنفير الخفي

4- التقنيات التي تستخدم كمثيرات منفرة

5- التقييم

6- سلبيات أسلوب المعالجة بالتنفير

الفصل الثامن

أسلوب العلاج بالتنفير

1- تمهيد

العلاج بالتنفير، أو العلاج السلوكي المنفر هو من الأساليب السلوكية التي تعتمد على نظريات الإشراط في التعلم لدى كلٍ من (سكينر، هيل، دولارد، ميلر) وله طرق مختلفة في علاج حالات من (التبول اللاإرادي، الانحرافات الجنسية، الإدمان، الخلجات العصبية، الوساوس القهرية).

والغرض من هذا العلاج هو تكوين فعل منعكس شرطي جديد، يربط المثير المراد التخلص منه (كالخمر) بالإحساس بالألم واشمئزاز والنفور عوضاً عن اللذة والشعور بالنشوة.

فجوهر أسلوب المعالجة بالتنفير هو أن تُقرن مثير غير سار بشكل متزامن مع الاستجابات الانفعالية غير المرغوبة، لنحصل على الغرض النهائي للمعالجة بالتنفير، وهو تطوير أنماط من السلوكيات السوية لتحل محل السلوكيات اللاسوية.

أما المبدأ العام الذي يقوم عليه العلاج بالتنفير فهو مبدأ الأشراط المضاد، حيث يتم اشراط المثيرات المنفرة بالسلوكيات اللاسوية وبالتالي نتمكن من محو الاستجابة الانفعالية غير المرغوبة عن طريق إحداث استجابة مضادة لها بوجود نفس المثير الذي يستجرها حيث يتم أشراط المثيرات المنفرة، مثل الصدمة الكهربائية، والعقاقير المسببة للألم أو الغثيان، والمشاهد المقززة المتخيلة والمسببة للغثيان بالسلوكيات اللاسوية.

والمفهوم الثاني الذي يقوم عليه، فهو التعزيز السلبي الذي يؤدي إلى زيادة تكرار السلوكيات السوية من خلال إنهاء حالة مؤلمة أو منفرة.

والعلاج بالتنفير يختلف بشكل واضح عن العقاب، فالمثير التنفيري يتبع الاستجابة المقصودة، بدلاً من التزامن أو الأشراط معها بينما يهدف العقاب إلى عدم تشجيع الاستجابة أي عدم تكرارها في المستقبل، تهدف المعالجة بالتنفير إلى التقليل من فعالية الهدف من الاستجابة من خلال كفّها بواسطة مشاركة المثيرات المنفرة.

وفي الغالب يستعمل العقاب لإضعاف الاستجابات الحركية بينما يستخدم المعالجة بالتنفير لإضعاف العادات اللاإرادية.

2- الإجراءات والأساليب السلوكية المبنّي عليها أسلوب المعالجة بالتنفير Procedures and Techniques

2-1: الأشراط الكلاسيكي والأشراط المضاد

Counter Conditioning and Classical Conditioning

يستند أسلوب المعالجة بالتنفير على المفاهيم التي وضعها العالم (بافلوف) في الأشراط الكلاسيكي. كذلك فإن إجراءات الأشراط المضاد تستند على مفهوم الأشراط الكلاسيكي حيث يتوقف ظهور أو حدوث المثيرات المنفرة أو إزالتها عندما تحدث السلوكيات المرغوبة بنفس الوقت.

وحيث أن السلوكيات التي تحدث أثناء الإثارة المنفرة تميل إلى اكتساب خصائص سلبية (زيادة القلق). بينما تميل السلوكيات التي تحدث عند الانتهاء من الإثارات المنفرة إلى اكتساب خصائص إيجابية (خفض القلق) أو حدوث انفعالات ومشاعر إيجابية.

وفي الأشراط المضاد المنفر يتم استخدام المعزز السلبي في نفس الوقت الذي يقوم فيه بالسلوك. فالهدف من هذا الإجراء هو إزالة أو حذف أو التقليل من السلوكيات المشكلة من خلال التقليل من فعالية المثير الذي يستجر السلوك الذي يشكل المشكلة أكثر من التأثير على سلوك المشكلة بحد ذاته.

وفعالية هذا الأسلوب يعتمد على الأشراط الكلاسيكي للقلق الناتج عن إدراك المثير المنفر من خلال الحواس الخمسة، وحيث أن هذا الإجراء يتضمن استبدال حالة القلق باستجابات مرغوبة تكون مناقضة تماماً لاستجابة القلق وبحيث تكون قادرة على كفها.

وهذا الكف يتم بناء على عملية الأشراط الكلاسيكي وخلال هذه العملية يتم منع عملية التجنب التي ترافق المثيرات المنفرة. ومن هنا سُمي هذا الإجراء بالأشراط المضاد. وهو نفسه الذي استخدمه العالم (ولبي) من خلال أسلوب تقليل الحساسية التدريجي.

ويعتمد أسلوب الأشراط المضاد أيضاً على عنصر التعزيز الإيجابي أو التعزيز السلبي، الذي يعتبر ملازماً لكل خبرة منفرة.

فإنهاء الحالة المنفرة أو الحدث المنفر يعتبر بمثابة خبرة إيجابية للفرد فالأشراط المضاد هنا يتضمن استبدال استجابات سلبية أو حيادية باستجابات إيجابية ناتجة عن انتهاء أو إزالة المثير المنفر.

وهذا النوع من الأشراط المضاد يسمى بالأشراط المضاد الإيجابي وهو يرتبط بالأشراط المنفر. وقد سمي بالمنفر بسبب طبيعة المثير المنفر المستخدم مثل الصدمات الكهربائية، والعقاقير المقيئة، أو تخيل مشاهد مقلقة.

2-2: الأشراط الاجرائي

يقوم هذا الأسلوب على الافتراض القائل بأن السلوك الذي يؤدي إلى نتائج غير مرغوبة وغير مرضية سوف يقل حدوثه. كذلك يعتبر تقديم المثير المنفر بمثابة عقاب سيقلل من حدوث السلوك بينما يعتبر الانتهاء والإزالة المشروطة للمثير المنفر بمثابة خبرة إيجابية تعمل كمعزز، وتعمل على زيادة تكرار حدوث السلوك المرغوب فيه في مرات قادمة.

ففي حالة الجنسية المثلية نشعر المريض بلذة من إجراء مخالطته لنفس الجنس، وهنا نجعل المريض يتصور نفس الجنس، أو نعرض عليه صوراً أو أفلاماً لعمليات جنسية مثلية، وقبل أن تظهر عليه علامات الإثارة أو محاولة الاستمتاع. يُعطى المريض صدمة كهربائية، أو يعطى عقاراً معيناً وذلك قبل محاولة عرض الصور بقليل، وهذا ما يسبب له آلاماً شديدة تجعله مع التكرار يقلع عن عادته السيئة، وبتكرار هذه العملية يصبح المثير الجنسي مؤدياً إلى الألم والنفور وليس إلى اللذة والاستمتاع.

3- أسلوب التنفير الخفي Covert Sensitization

التنفير الخفي هو أحد بدائل المعالجة بالتنفير، فبدلاً من أن يواجه المتعالج المثير المنفر بالواقع كما هو الحال في المعالجة بالتنفير، فهو يتخيله فقط. ففي هذا الإجراء يطلب من المتعالج أن يتخيل المثير المنفر، وأن يتخيل أيضاً السلوك الذي يريد التخلص منه وذلك من أجل أن يفقد السلوك جاذبيته.

ويسمى هذا الإجراء بالتنفير الخفي لأن اقتران المثيرات يحدث في مخيلة المعالج فقط. وعلى الرغم من أن هذه الطريقة في العلاج حديثة نسبياً، إلاّ أنها استخدمت بنجاح لمعالجة أشكال مختلفة من السلوكيات

غير المرغوب فيها كالإدمان على الكحول، والاضطرابات الجنسية، والسلوك الجانح والإيذاء الذاتي، والتدخين وقضم الأظافر.

ويبدو أن أول استخدام لأسلوب المعالجة بالتنفير بواسطة الخيال كان من قبل (Gold and Neufeld) عام 1965، حيث استخدما نموذج ذكري متخيل ومثير للاشمئزاز لمعالجة فتى يبلغ من العمر 16 سنة يعاني من الجنسية المثالية. وقد استخدم (Davison) عام 1967 هذا الأسلوب للتخلص من السادية. واستخدمها أيضاً (Kolvin) عام 1967 في معالجة الفتيشية والإدمان على شم البنزين.

ويورد (ولبي) في كتابه مثالاً على أسلوب المعالجة بالتنفير الخفي في أكل فطيرة التفاح وسنتحدث فيما يلي عن بناء الجلسة الإرشادية:

((المريضة مسترخية ومغمضة العينين ...

أريدك أن تتخيلي أنك الآن قد تناولت وجبتك الرئيسة، والآن أنت بصدد أكل الحلوى التي يختتم بها الطعام. وهي فطيرة التفاح. أنت الآن على وشك التقاطها بالشوكة وشعرت بمرح وسعادة للفطيرة التي هي بمعدتك وبدأت تشعرين بالإعياء الكامل والغثيان، والقرف عندما لمست الشوكة وشعرت بأن ذرات الطعام تتأرجح في حنجرتك، وأنت الآن على وشك التقيؤ، وعندما وضعت الشوكة على الفطيرة وأخذت ترفعينها إلى فمك وحاولت أن تبقي فمك مغلقاً لأنك خائفة من أن ينذلق الطعام خارجاً ليملأ المكان، وأحضرت قطعة من الفطيرة إلى فمك، وأنت على وشك أن تفتحي فمك، أصبت بالغثيان ثم تقيأت بكلتا يديك، والشوكة فوق الفطيرة، وسقط القيء فوق الطاولة بأكملها، وفوق أطعمة الناس الآخرين، عيناك دامعتان، شعرت بازدراء شديد، السائل المخاطي على فمك بأكمله وأنفك أيضاً، يداك فيهما لزوجة ودبقتان. وهناك رائحة كريهة، وعندما نظرت إلى هذه الفوضى وأنت عاجزة عن عمل أي شيء للمساعدة، إلاّ أنك تتقيئين مرة بعد مرة حتى تقيئتي سائل المعدة اللزج، كل شخص حولك ينظر إليك لهذا الموقف المؤلم فتنحيت جانباً بعيداً عن الطعام، وحالاً بدأت تشعرين بشعور أفضل، بدا لك أنك تتحسنين أكثر عندما هربت من الغرفة،

وبينما كنت تهربين بعيداً شعرت بتحسن أكثر وأكثر، ونظفت نفسك وملابسك فشعرت بشعور رائع جداً)).

من هنا نرى أنه في التنفير الخفي يكون المريض في حالة استرخاء ويطلب منه المعالج أن يتخيل أيضاً السلوك الذي يريد التخلص منه، وأن يتخيل بشكل متزامن معه المثير المنفر، وتكرر المشاهد بشكل هرمي في حالة تجزئته للسلوك غير المرغوب فيه.

وبالتالي نتمكن في النهاية من محو الاستجابة الانفعالية غير المرغوب بها عن طريق إحداث استجابة مضادة لها بوجود نفس المثير الذي يستجرها باستخدام المثيرات المنفرة عن طريق التخيل.

الخطوات العامة المتبعة في تطبيق إجراءات المعالجة بالتنفير على اختلاف أشكاله:

فيما يلي وصف سريع للخطوات العامة المتبعة في تطبيق إجراءات المعالجة بالتنفير وعلى اختلاف أشكاله:

1- أثناء جلسات المعالجة يتبع المثير المنفر المعزز غير المرغوب فيه، والذي يراد التخلص منه مباشرة، ويستمر اقترانهما لفترة أمنية قصيرة، وبعد ذلك يختفي كل من المثير المنفر والمعزز في الوقت نفسه.

2- يقترن زوال المثير المنفر عادة بظهور مثير يود المتعالج أن يحصل عليه كمعزز بديل للمعزز غير المرغوب فيه.

3- يقوم المعالج بتنظيم الظروف البيئية بحيث يحصل المتعالج على تعزيز في حالة اختياره للمعزز البديل وامتناعه عن المعزز غير المرغوب فيه.

مثال توضيحي:

((رون من طلاب المدرسة العليا ويتمتع بذكاء مرتفع إلاّ أنه يحصل على علامات متدنية، لأنه لا يستطيع الجلوس للدراسة في المساء حيث يشعر أنه مجبر على العمل بين الساعة السابعة إلى الحادية عشرة مساء، وقد يطلب منه أن يحتفظ بسجل عمله كل مساء، وقد أخبر أيضاً بأنه سيتلقى صدمة غير سارة لكل نصف ساعة لا يعمل بها في الوقت المحدد، أي بين الساعة السابعة والحادية عشرة مساء خلال أسبوع، ومع ذلك لم يعمل، وبالتالي تلقى في نهاية الأسبوع أربع صدمات، وفي نهاية الأسبوع الثاني تلقى ثلاث صدمات، وبعد ذلك لم يعد حاجة للمزيد، حيث أن تقريره المدرسي يؤكد أنه يعمل بشكل جيد حيث ارتفع تقديره من (C إلى -A) وبإفادة والدته، وكذلك كان تقريره يؤكد أنه يعمل أيضاً بشكل جيد. وهذا يدل على أن التكنيك أدى إلى أن يصبح القلق مقترناً بعدم العمل عند رون)).

4- التقنيات التي تستخدم كمثيرات منفرة

رأينا فيما سبق أن الغرض من هذا الأسلوب العلاجي هو تكوين فعل منعكس شرطي جديد يربط السلوك المشكل (شرب الخمر، الانحراف الجنسي، العدوانية ...الخ) المراد إيقافه أو حذفه بالإحساس بالألم والاشمئزاز والنفور عوضاً عن اللذة والشعور بالنشوة، ويستعمل لهذا الغرض كمثير منفر.

4-1: الصدمة الكهربائية Electric Shocks

لقد استخدمت الصدمة الكهربائية بشكل واسع لمعالجة الاضطرابات الجنسية والإدمان على الكحول والمخدرات، وقد أشار (مارتن وبير) إلى الأسباب التي دفعت الباحثين إلى استخدام الصدمة الكهربائية هي:

1- إمكانية استخدامها بسهولة.

2- إمكانية استخدامها في الوقت المحدد وبصورة مباشرة.

3- قدرة المعالج على التحكم بشدتها ومدتها بسهولة.

4- قدرة المعالج على استخدامها بشكل متكرر في الجلسة الواحدة.

5- كونها مثيراً منفراً بالنسبة لمعظم الناس.

وفي المعالجة بالتنفير باستخدام الصدمة الكهربائية يشاهد المتعالج المعزز أو يؤدي السلوك الذي يراد تقليله، وعند ذلك يتعرض لصدمة كهربائية عن طريق أقطاب كهربائية توصل بذراعيه أو رجليه، وبعد ذلك يختفي المعزز وتختفي الصدمة الكهربائية، ويظهر السلوك المرغوب فيه. وكما هو واضح فالهدف من ذلك هو اتزان زوال الصدمة الكهربائية بزوال المعزز غير المرغوب فيه.

ولكن استخدام الصدمة الكهربائية قد ثار حولها جدل عنيف، فمعارضوا استخدامها وصفوها بأنها طريقة غير إنسانية، إلاّ أن هذه الطريقة أثبتت نجاحها، حيث أخفقت طرق المعالجة الأخرى كما هو الحال في معالجة الإيذاء الذاتي.

وقد وجد Rachman and Teasdale 1969 أنه لا يوجد دليل يبرهن على الخوف من استخدام الصدمة الكهربائية في المعالجة بالتنفير، وأول استخدام فعلي للمعالجة بالتنفير كان عام 1929، في معالجة مريض مدمن باستخدام الصدمة الكهربائية مقترنة بالرائحة والطعم والمشهد الكحولي المنفر.

وفي عام 1935 استخدم L. W. Max الصدمة الكهربائية كمثير منفر لمعالجة الجنسية المثلية والفيتشية. وتجاربه تلك شجعت الآخرين للحذو حذوه، ويشير (ولبي) أنه باستخدام تلك الطريقة في جنوب أفريقيا لمعالجة امرأة تمكن من معالجتها حيث كانت تعاني من السمنة.

وهناك آلة صغيرة صنعت خصيصاً لإعطاء الصدمة الكهربائية للمعالج بأسلوب التنفير، حتى تجعل هذا البرنامج سهل التنفيذ في مواقف حياة المعالج، وهذا يفيد في حالة كون السلوك المشكل لا يمكن أن يصور بطريقة نابضة بالحياة في حجرة الإرشاد، كالمواقف التي لا نستطيع أن ننجزها أو نتمثلها بواسطة تخيل الموقف المشكل، فالمريض يمكن أن يكبح أو يمنع أداء الموقف بدافع داخلي ذاتي في الوقت المخصص للمعالجة.

ويشير (ولبي) إلى حالة كان قد عالجها، كان فيها الضبط الداخلي للفرد في حجرة الإرشاد عائقاً أمام المعالجة داخل حجرة الإرشاد وهي حالة مصاب بهوس السرقة.

استخدمت الصدمة الكهربائية بواسطة آلة من قبل Barker and Miller عام 1968 لمعالجة سلوك المقامرة لدى إحدى مرضاهما البالغ من العمر 34 سنة، وكان يقامر باستمرار، حتى أنه بلغ به حد المقامرة على الآلات التي يستخدمها لتصنيع الفاكهة لمدة 12 سنة، وإحدى هذه الآلات تم استئجارها وتم تركيبها في المستشفى، وتم إعطاء صدمات كهربائية بواسطة سلك متصل بذراع المريض عندما بدأ يقامر، واستمر إقران الصدمة الكهربائية بسلوك المقامرة لدى المريض لمدة معينة، وبعد ست ساعات فقد المريض رغبته في المقامرة، ولم يستأنف المقامرة لمدة ثمانية أشهر، ولكنه انهار بعد أن تعرض لضغوطات نفسية في بيئته بعد خروجه من المستشفى، مما حدا بالمعالجين لإعادة نفس الأسلوب مرة أخرى لمدة ست ساعات وكانت كافية لكفه عن سلوك المقامرة خلال فترة متابعة قدرها ستة أشهر.

2-4: العقاقير الطبية

وهي العقاقير الطبية المسببة للغثيان والقيء والآلام والمغص المعدي كالابومورفين Apomorphin أو الامفتمين والانتابيوز Antabuse أو

التموسل. ومن الشائع استخدام العقاقير الطبية كمثيرات منفرة لمعالجة الإدمان على الكحول والمخدرات، فتشمل على إعطاء الشخص أحد العقاقير التي تحدث الغثيان أو التقيؤ، وقبل أن يأخذ الدواء مفعوله مباشرة يتناول الشخص قليلاً من الكحول، وهكذا يرتبط مذاق ورائحة ورؤية الكحول بالغثيان والتقيؤ، ويتكرر هذا الموقف عدة مرات في الجلسات العلانية المتلاحقة، وفي النهاية تصبح الكحول نفسها مثيراً بغيضاً بالنسبة للمتعالج، الأمر الذي سيدفعه على الأغلب لتجنبه لأنه يكون قد فقد جانبيته.

وعلى أي حال، فالأمر ليس بهذه البساطة، فنجاح الإجراء يعتمد على عوامل مختلفة من أهمها: ظروف التعزيز المتوافرة في البيئة الطبيعية للمتعالج، فإذا تم تعزيزه على تناول الكحول فذلك سيحد من فاعلية العلاج.

ومثالنا على ذلك حالة شخص مدمن، كانت الخمرة أن تودي بحياته، وكانت هذه الخمرة تؤدي إلى شعور المريض بالسرور والطمأنينة، أي أن شرب الخمرة يؤدي إلى الشعور بالسرور والراحة.

وبدأ علاج المريض بإعطائه حقناً من مركبات (الابومورفين أو الامتين) ومن خواص هذه الحقن أنها تجعل الفرد يشعر بالغثيان والقيء والمغص وضيق الصدر، والتعرق بعد نصف ساعة من أخذهما تقريباً، ويحدث كل ذلك دون وجود أعراض ضارة لهذه الحقنة. ثم يُعطى المريض الخمرة حيث أنه بعد تناول أول كأس أو الثاني يبدأ يشعر بتلك الأعراض سابقة الذكر، وحين تتكرر هذه الالام لعدة أسابيع، وفي الظروف والأوقات التي اعتاد المريض المدمن شرب الخمرة فيها، تكوّن لديه منعكس شرطي جديد، وهو أن الخمرة ستؤدي به إلى الألم والإعياء العام، وذلك عن طريق الارتباط الذي تم عن طريق التكرار، وهذا يجعل المريض يترك الخمرة وينفر منها، وبهذا تصبح الخمرة سبباً في هذه الالام بعد أن كانت تؤدي إلى الشعور بالراحة والنشوة.

5- التقييم

أسلوب المعالجة بالتنفير هو من الأساليب السلوكية الرئيسة والهامة في علاج عدد لا بأس به من المشاكل السلوكية وهي:

1- الإدمان على الكحول أو العقاقير.

2- السلوك الجنسي الشاذ، كالمثلية Homosexuality، الإلباسية Transvestims، الاستعراضية Exhibitionism وغيرها.

3- التدخين.

4- السمنة الزائدة.

5- قضم الأظافر.

6- إيذاء الذات.

7- السرقة.

8- لعب القمار.

9- السلوك العدواني.

10- التبول اللاإرادي.

11- التأتأة والتلعثم في الكلام.

12- الوساوس القهرية.

13- الخلجات العصبية.

وقد استخدم (سيلفستر) Sylvester وليفرسدج Liversedge هذه الطريقة في علاج حالات التقلص الوظيفي لعضلات اليد أثناء الكتابة، وقد وجد أن معظم هذه الحالات تعاني من الرعشة ومن التقلص، فعالج كل منهما على حده، وباستخدام لوحة معدنية يكتب عليها بقلم خاص بحيث

إذا لامس القلم حافة المعدن تلقى المريض صدمة كهربائية، وقد استخدم البعض هذه الطريقة أيضاً في علاج حالات الصمت المرضية.

وقد اهتم باستخدام هذه الطريقة أي العلاج بالتنفير كل من Rachman و Blackmore وتبين أن نسبة الشفاء بهذه الطريقة بالنسبة للإدمان حوالي 35٪ وبالنسبة للانحرافات الجنسية حوالي 47٪.

وقد لاحظ Freud عام 1960 في تحليله لعملية علاج الجنسية المثلية أن العلاج مرهون برغبة المريض نفسه ودافعيته للعلاج، فالإجبار من قبل رجال الشرطة والأهل كان يرتبط دائماً بعدم تحسن الحالة.

6- سلبيات أسلوب المعالجة بالتنفير

معارضو هذا الأسلوب يرون أنه لا إنساني ولا أخلاقي، وجزء من الاعتبارات اللاأخلاقية في استخدام أسلوب العلاج بالتنفير يكوّن مقدار من الخبرات المنفرة لها آثار جانبية غير مرغوب فيها، والتي تعيق التقدم والتطور، فالتحمل الجسدي يزداد والعقاقير تقل فاعليتها، وذلك يدفع المعالجين لزيادة جرعات الأدوية المحدثة للغثيان.

كما أن العديد من العملاء الذين أكملوا كورسات العلاج بالتنفير يحتاجون أحياناً لجلسات إضافية إذا شعروا أنهم سيعودون لسلوكهم السابق المنحرف، والأثر القوي للخبرة المنفرة هو تعزيز التجنب القوي للموقف العلاجي في المستقبل، فالهدف الرئيس للخبرات المنفرة هو السيطرة على سلوكياتهم المؤذية وغير المرغوبة.

كما أن المعارضين لهذا الأسلوب يرون أن التحسن أو التوقف عن الإدمان لمن يتعالجون بهذه الطريقة يكون لفترة ما، ولكنهم سرعان ما يعودون إلى إدمانهم وبنسب مرتفعة.

ومن سلبيات هذا الأسلوب أيضاً القساوة السلوكية (الصلابة) حيث يتمثل في تطوير السلوك المرغوب فيه إلى الحد الذي يصبح فيه جزء من الذخيرة السلوكية للفرد بحيث لا يمكن استبداله.

فاستخدام الأشراط المضاد بشدة (صدمة كهربائية شديدة) لكف سلوك جنسي شاذ، ممكن أن يعدل من السلوك لدى الفرد إلاّ أن الفرد قد يطور القلق كاستجابة معممة للسلوك والمثيرات الجنسية المناسبة. فقد يصبح الفرد عاجزاً جنسياً حين يبدو السلوك الجنسي مناسباً.

تعزيز الأساليب المنفرة للشخص الذي يقوم بها، حيث أنه من أكثر العناصر السلبية لأساليب التنفير هو ميلها لتعزيز الأشخاص الذين يستخدمونها لأنهم يضبطون سلوك فرد آخر يكون منفراً أو مزعجاً بالنسبة لهم.

إن مسئولية المعالجين هي تزويد العملاء بالمعلومات عن البدائل العلاجية المتوفرة لهم، والنتائج المحتملة من ذلك لكل بديل يختارونه، ففي تلك الحالة فإن العملاء هم الذين يقررون أي نوع من العلاج سوف يختارون، وأي نوع لهم القدرة على تحمله.

إلاّ أنه تبين لنا فيما سبق فعالية هذا الأسلوب في حل المشكلات التي يصعب علاجها بالأساليب التقليدية. وإذا كانت هذه الإجراءات العلاجية المستخدمة في أسلوب المعالجة بالتنفير تبدو غير مستساغة فهي مستساغة أكثر من السلوكيات التي تستخدم لمحوها.

إدمان المشروبات الكحولية

المقدمة

عرفت المشروبات الكحولية منذ فجر التاريخ عندما شرب الإنسان نقيع الفواكه والأوراق النباتية، واستمر الحال في استعمال هذا النقيع عند الشعوب القديمة، مثل: اليونان والرومان والمصريين القدماء، إلى أن استحدث الكيماويون العرب عملية التقطير وأدخلوها إلى أوروبا في العصور الوسطى. وظن العاملون بالكيمياء أن الكحول إكسير الحياة الذي يبحثون عنه، وقد استعمل الكحول طبياً لعلاج معظم الأمراض في العصور الوسطى لعدم وجود البديل المناسب من الأدوية في ذلك الوقت، إلاّ أن الاستعمالات الطبية للكحول أصبحت محدودة، ويمكن حصرها فيما يلي:

1- التطهير.

2- علاج حالات التسمم بالميثانول.

3- مذيب عضوي في الصناعات المختلفة مثل الأدوية.

4- يستعمل موضوعياً كموسع للشرايين مما يزيد في تورد الدم، وبعد تبخره يؤدي إلى انخفاض في درجة حرارة الجسم.

وتعتبر الكحولية واحدة من المشكلات الاجتماعية الأكثر شيوعاً وخطورة. حيث ينتشر الإدمان على الكحول بين جميع أفراد طبقات المجتمع على اختلاف مستوياتهم الثقافية والاقتصادية والتعليمية. فعلى سبيل المثال تسبب الكحول حوالي (240000) وفاة كل سنة (15٪ من مجموع الوفيات في أمريكا)، ويمثل الإدمان الكحولي حالياً أحد أهم المشاكل التي تواجه الإنسان، وهو مشكلة آخذة بالتفاقم السريع، متأثرة بشكل أو بآخر بقوانين وأنظمة ومعتقدات وعادات البلاد المختلفة، وتقر

كافة الدول بجميع أنظمتها وقوانينها ومعتقداتها على خطورة وضرر سوء استخدام المشروبات الكحولية.

وتشير تقارير المجلس القومي الخاص بالكحولية إلى أن التعاطي المشكل للكحول هو في ازدياد ملحوظ بين الأولاد والبنات في عمر لا يتجاوز 12 سنة. وتشير إحدى الدراسات الحديثة إلى أن معظم المراهقين يبدأون شرب الكحول في عمر 13 أو 14 سنة وأن حوالي 70٪ من المراهقين قد شربوا نوعاً من الكحول. وحوالي نصف المراهقين ذكروا بأنهم شربوا لدرجة السكر مرة واحدة على الأقل، وحوالي خُمس المراهقين قالوا بأنهم يصلون إلى درجة الثمل بمعدل مرة أو أكثر في الشهر والبيرة هي الشراب المفضل للمراهقين، وأكثر مكان يشربون فيه هو البيت، والأصدقاء هم عادة ندماء الشراب. وقد أثبتت هذه الدراسة أيضاً أن هناك اقتراناً عالياً بين ممارسات الشراب لدى المراهقين وطرق الآباء أو الرفاق في الشراب.

يشير المعهد الوطني للكحولية وإساءة استخدام الكحول إلى أن حوالي 3ر1 مليون من المراهقين أو ممن في سن ما قبل المراهقة يشربون بشكل زائد، وحوالي نصف من قتلوا في حوادث سيارات ذات علاقة بالكحول هم من المراهقين. وقد زادت مشكلة تعاطي الكحول انتشاراً بين الشباب في الولايات المتحدة بحيث تضاعفت خلال العقد الماضي، والكحول أقل كلفة من غيرها من العقاقير، والحصول عليها أسهل بكثير واستخدامها مقبول لدى الراشدين أكثر من باقي العقاقير.

تعريف الكحول وأنواعه

1- الكحول الأثيلي (Ethyl Alcohol) سائل طيار، عديم اللون، نفاذ الرائحة يتجمد تحت الصفر المئوي، بدرجة واطئة كثيراً، ويشتعل بلهب أزرق شاحب مكوناً الماء (H_2O) وثاني أوكسيد الكربون (CO_2)

وهو مذيب لكثير من المواد العضوية ويستعمل في عمل العطور وفي المشروبات الروحية وفي أغراض صناعية متعددة.

2- الكحول المثيلي (Methyl Alcohol) هو نوع من عدة أنواع أخرى (بيوثيل، برومايل) وغيرها.

3- الكحول المعدوم أو السبرتو (Methylated Alcohol) وهو كحول أثيلي مضاف إليه إما كحول مثيلي أو مواد أخرى لمنع استعماله كمشروب، ويباع لأغراض صناعية بثمن رخيص نسبياً. وتحتوي الكولونيا المستعملة بعد الحلاقة على كحول أثيلي وقليل من الكحول المثيلي وبعض العطور وصبغة ملونة.

للمشروبات الكحولية اسماء مختلفة، وتراكيز مختلفة، فهناك البيرة (3-11٪)، والنبيذ بلونيه الأبيض والأحمر (9-66٪) وكذلك الجن والويسكي والفودكا والعرق (25-50٪) إلى غير ذلك من الأسماء حسب نوع المادة المستخلص منها المشروب وحسب طريقة ومكان تحضيره.

تعريف الإدمان الكحولي

تعرّض اصطلاح الإدمان (Addiction) إلى بضعة تغيرات خاصة بعد أن أسهمت منظمة الصحة العالمية ولجانها في دراسة ظاهرة الإدمان على نطاق واسع في كثير من بقاع العالم.

وتعرّف منظمة الصحة العالمية مصطلح الإدمان (Addiction) بأنه: ((حالة نفسية، وأحياناً جسمية ناجمة عن التفاعل بين الكائن الحي والعقار، والتي تتصف باستجابات وأنماط سلوكية مختلفة، تتضمن دائماً الدافع القسري لتناول العقار على أسس متواصلة، أو دورية لكي يستشعر المتناول بآثارها النفسية، أو لتجنب عدم الارتياح الناجم عن إيقاف تناولها))، هذا وقد أضيف للتعريف السابق الخصائص التالية للإدمان:

1- الرغبة الملحة في الاستمرار بتعاطي العقار والحصول عليه بأي وسيلة.

2- الميل إلى زيادة الجرعة، لتعوّد الجسم على العقار.

3- الاعتماد النفسي والجسمي على العقار.

4- ظهور أعراض نفسية وجسمية مميزة لكل عقار عند الامتناع عن تناوله فجأة.

5- تأثير ضار على الفرد المدمن وعلى المجتمع.

أما المدمن ((هو الشخص الذي أمعن في تعاطي الكحول إما بشكل مستمر ومتواصل أو بشكل متقطع بحيث وصل إلى درجة واضحة من الاعتماد النفسي والجسدي ومؤدياً إلى إعاقة صحته العقلية والجسدية أو متطلبات حياته الاجتماعية والاقتصادية، أو ظهرت عليه بوادر تلك الأعراض، والذي يكون نتيجة لذلك بحاجة إلى علاج طبي)).

مع ملاحظة أن وجود اختلافات بين الأفراد تؤدي إلى اختلاف في كمية الكحول التي تؤدي إلى الإدمان.

وعرّف Jellinek الكحولية على أنها: ((مرض واضح ومدرك بعدم القدرة على ضبط الشرب، ويتطور المرض عندما لا يعالج فينمو سنة بعد سنة فينتقل الشخص الكحولي من عالم طبيعي وبعمق شديد إلى هاوية تكون إما الجنون Insanity أو الموت Death.

وعرّف Keller الكحولية على أنها عبارة عن: ((مرض مزمن مدرك وواضح بتكرار الشرب الذي يسبب الضرر للشارب في وظائفه الصحية والاجتماعية والاقتصادية)).

وعرّف Kisker الكحولية على أنها: ((أي شكل من المشروبات الكحولية والتي تؤدي إلى ما يخالف التقاليد والعادات أو يخالف ما هو معتاد عليه

من عادات الشرب الاجتماعي لكل مجتمع، بصرف النظر عن الأشكال أو العوامل المؤدية لهذا السلوك مثل الوراثة والمطالبة الفسيولوجية)).

ويعرّف Mark Keller الكحولية على أنها: ((الاستمرار بالشرب إلى الوضع الذي يُلحق الضرر بالشارب اقتصادياً واجتماعياً ونفسياً)).

ومن خلال التعاريف السابقة يتضح لنا أن الكحولية وصفت من خلال تأثيراتها الاجتماعية والنفسية والاقتصادية والفسيولوجية.

أسباب الكحولية Caused of Alcoholism

لقد قام عدد من العلماء بأبحاث كثيرة نفسية وكيماوية لتقرير السبب الذي يدفع بعض الأفراد إلى الإدمان بينما يظل معظم الذين يتناولون الشراب حتى بكثرة بدون إدمان!!! وتجدر الإشارة إلى أنه ليس كل من يتناول المشروبات الكحولية هو مدمن، وهنا يجب أن نميز أيضاً بين التعوّد على الخمر وهي شرب نفس الكمية يومياً ولعدو سنوات، دون زيادة الكمية، وبين الإدمان وهو زيادة الجرعة دائماً مع ظهور تدهور خلقي وأدبي واجتماعي في سلوك المدمن.

وإذا أردنا التطرق إلى موضوع الأسباب المؤدية إلى تعاطي الكحول والإدمان عليه بصورة عامة فيمكننا القول بأنها متعددة ومتنوعة ويمكن تقسيمها إلى:

1- عوامل نفسية وانفعالية Emotional Factors:

إن التوتر والقلق وكل مسببات العصاب تدفع بالمرء إلى التخفيف عن الشدائد والآلام بواسطة الإدمان.

2- اضطراب الشخصية:

وهو عامل أساسي وبارز. فالعجز الكامن في بناء الشخصية، والحاجة إلى الشعور بالاطمئنان أو الثقة أو الامتياز أو الشجاعة تدفع بالفرد ((ذي

الاستعداد)) إلى الإدمان، وقد يكون نقص الشخصية في ناحية الانحراف الجنسي هو الدافع إلى تغطية وتخفيف وطأته عن طريق الإدمان. وهكذا يصبح الإدمان إحدى الوسائل الدفاعية النفسية لعجز الشخصية.

3- عوامل فسيولوجية Physiological Factors:

الرغبة في الراحة الجسمية، الاسترخاء الجسمي، التخلص من المرض، الرغبة في زيادة مستوى النشاط، وجود الاعتماد الجسمي.

4- عوامل معرفية Cognitive Factors:

وتعود هذه العوامل إلى ما يتوقعه الشخص عن الكحول وأثره أو الاعتقادات عن الكحول، مثل:

* سأقضي ساعات اجتماعية جيدة عندما أشرب.

* لا استطيع أن أتفاعل اجتماعياً بدون مشروب.

5- عوامل اجتماعية Social Factors:

وتتمثل هذه العوامل بما يلي:

الحصول على تقبل الرفاق، التغلب على الحوافز بين الفرد والآخرين، تسهيل الاتصال خاصة غير اللفظي، تحدي من يمثلون السلطة، تقوية العلاقة مع شخص آخر، تخفيض عوامل الكف في العلاقات بين الأشخاص، حل المشكلات المعلقة مع الآخرين كالخلافات الزوجية.

6- النمنجة Modeling:

وتكمن هذه في ملاحظة الشخص للنماذج السلوكية المتعاطية للكحول.

مما سبق نستنتج أن للكحول تأثيراً مهدئاً فعالاً للذي يتناوله من أجل:

1- تجنب المشاكل النفسية المزمنة كالقلق والتوتر النفسي الذي يزول بتناول الخمرة.

2- حل مشكلة عاطفية أو لرفع معنوياته وتحسين مزاجه.

3- تجنب بعض مشكلات الحياة اليومية والأزمات التي تمر بالفرد في حياته والتي قد تثير شعوراً نفسياً معيناً لديه كالقلق والخوف بسبب عدم استطاعته مواجهة معضلات الحياة.

النتائج:

هناك شكلان من النتائج يحصل عليهما الشخص الذي يتعاطى الكحول وهما:

أولاً: التعزيز الإيجابي Positive Reinforcement وتتمثل هذه المعززات بما يلي:

1- يصبح أكثر صداقة وأكثر اجتماعية وأكثر تدعيم لذاته.

2- الحصول على الانتباه والاستحسان من الأصدقاء.

3- الحصول على تغيرات نفسية مرغوبة.

ثانياً: التعزيز السلبي Negative Reinforcement وتتمثل هذه المعززات بما يلي:

1- التقليل من الأفكار السلبية عن الذات.

2- التقليل من الألم وعدم الراحة، والتقليل من القلق والتوتر والاكتئاب والغضب.

صفات شخصية متعاطي الكحول

وهنالك أدلة كثيرة تربط الإدمان على الكحول وشخصية المدمن أو تركيبه النفسي حيث أن هنالك اتصالاً وثيقاً بين اضطراب الشخصية Personality Disorder وخاصة الشخصية السايكوباثية وبين الاستعداد للإدمان ليس على الكحول فقط وإنما على مختلف وسائل الإدمان

العقاقيرية الأخرى، فالدكتور (جيلينيك) E. Jellinek يعتقد أن سبب الإدمان هو عدم تكامل بناء شخصية الفرد حيث يكون الشخص غير متهيئ لحل المشاكل التي تواجهه في الحياة بصورة طبيعية، وكلما ضعفت شخصية الفرد كلما زاد من اتجاهه على تعاطي الخمرة حيث يجد الراحة النفسية والنسيان لهذه المشاكل.

أما الدكتور (فروم) Fromm فيؤكد بأن الإدمان سببه انهيارات عصبية واختلاطات بالجهاز العصبي وأدناه بعض أنواع الشخصية التي نجدها في المدمنين:

1- الشخصية القلقة: التي تتناول الكحول لتغطية الشعور بالقلق ومثل ذلك نجده في الشخصية الانطوائية.

2- الشخصية السايكوباثية: وهؤلاء يتناولون الكحول للحصول على شعور بالنشوة أو لاكتساب شعور الأهمية بالشذوذ عن غيرهم، أو كتعبير عن كراهيتهم للجميع أو لكبت شعورهم بالفشل الجنسي.

3- الشخصية المريضة عقلياً: وخاصة في مرض الكآبة حيث يستعمل الكحول للتخفيف من الكآبة.

وبعد تأكد حالة الإدمان تصبح شخصية المريض ذات طبيعة إدمانية خاصة، لها صفات نفسية وخلقية واجتماعية تحتم الاستمرار في الإدمان وأبرز هذه الخصائص هي: التواكل والاعتماد على غيرها، التهرب من المسئولية، عدم الثقة بالنفس، تجنب العمل، الاتجاه المضاد للمجتمع عدم التقيد بالمثل والكذب، درجة عالية من القلق مع انخفاض التحمل.

مراحل الإدمان الكحولي وأعراضها

إن الوصول لمرحلة الإدمان على الكحول له مراحل متعددة ودرجات، وكل مرحلة تتصف بأعراض خاصة بها، فما هي هذه المراحل؟ لقد بين

(جيلينيك E. Jellinek (الذي قام بإجراء بحوث ودراسات ميدانية متعددة عن موضوع الإدمان على الكحول في أوروبا) أهم المراحل وهي:

1- مرحلة ما قبل الإدمان Pre-Alcoholic Phase :

تتصف هذه المرحلة بشرب الكحول في مناسبات من أجل تجنب بعض مشكلات الحياة اليومية والأزمات التي تمر بالفرد في حياته وتتكون عنده عادة شرب الكحول (Habit) كلما أحس بمشكلة أو أزمة فتزداد المناسبات، وبالتالي تزداد المرات التي يقدم فيها على الشراب ويتكون لديه تسامح وتهاون في ذلك إلى درجة يصبح فيها الفرد ضحية للإفراط في الشرب.

2- مرحلة الإنذار بالإدمان Prodromal Phase:

تتميز المرحلة بالإفراط بالشرب، كما تظهر لديه أعراض عديدة من أهمها:

أ- نوبات من النسيان التام Alcoholic Amnesia لما حدث أثناء شرب الخمر في صباح اليوم التالي، مثلاً نسيان موعد مهم أو نسيان شراء بعض الحاجيات المنزلية المكلف بشرائها.

ب- شرب الخمر بانفراد.

جـ- الشعور بالقلق والتوتر حول ما إذا كان لديه كمية كافية من الشرب.

د- الشعور بالذنب من قبل بعض من يشربون الخمر.

3- مرحلة الإدمان على الخمر Alcohol Addiction or Crucialpha:

وتسمى مرحلة الاعتماد الجسمي وهذه هي المرحلة الخطيرة في هذا الطريق بما فيها من خطورة على الصحة وعلى الحياة، وفي هذه المرحلة يحدث تكييف في الجهاز العصبي المركزي لوجود مادة الكحول في الدم.

تتميز هذه المرحلة بعدم القدرة على التوقف عن الشرب لمدة أكثر من 24 ساعة، وعندما يترك الشرب تحدث له أعراض انسحابية وأن وجود الأعراض الانسحابية تشير إلى أن مرحلة الاعتماد الجسمي قد حدثت لدى الشخص المتعاطي للكحول. إن المدمن في هذه المرحلة يشرب دائماً في أوقات تكاد تكون غير مناسبة اجتماعياً، مثلاً في الصباح الباكر أو أوقات أخرى خلال النهار وقد يؤدي إلى تعطيل عمله.

4- مرحلة الإدمان المزمن Chromic Alcoholism:

وفي هذه المرحلة يتعرض الفرد إلى اختلاطات أو مضاعفات عديدة (جسدية، نفسية، أو اجتماعية) نتيجة لتناوله المشروبات الكحولية بصورة مستمرة أو مزمنة إضافة إلى أعراض مرحلة الإدمان آنفة الذكر.

الأعراض الانسحابية Withdrawal Symptoms

وهذه الأعراض تظهر نتيجة حدوث تهيج وزيادة نشاط الجهاز العصبي التلقائي Automatic Nervous System نتيجة التوقف الحاد والمفاجئ لتعاطي الكحول بعد الاستمرار مدة أسبوعين أو أكثر.

وتبدأ الأعراض الانسحابية بعد 6-24 ساعة من التوقف عن تعاطي الكحول وتصل ذروتها خلال 72-96 ساعة، ثم يبدأ بعدها تدريجياً بالزوال. إن وجود حالات الحمى أو بعض الأمراض الالتهابية الحادة الأخرى تؤدي إلى زيادة هذه الأعراض وسرعة ظهورها.

أما الأعراض الانسحابية فهي:

1- ارتعاشات في الأطراف وخصوصاً صباحاً وتدعى Morning Shakes.

2- الغثيان أو التقيوء وأحياناً إسهال.

3- زيادة في دقات القلب.

4- تعرّق شديد.

5- أرق (أي اضطراب النوم).

6- الهلوسة Hallucinations وخاصة في حالة الهنيان ألارتعاشي أو الاهتزازي Delirium Tremens حيث تحدث هلاوس بصرية (لاحظ المضاعفات النفسية التي ستنذكر فيما يعد).

7- أحياناً نوبات صرع متكرر Alcoholic Epilepsy وتظهر عند الذين لديهم استعداد للإصابة بالصرع، ويسمى صرع الكامن، وتحدث هذه النوبات الصرعية من جراء الانقطاع المباشر عن الكحول عند المدمنين.

إن للأعراض الانسحابية مراحل أربعاً مهمة حسب درجة شدتها وهي: البسيطة، المتوسطة، الشديدة، الشديدة جداً.

لقد تم إثبات ((أن فترة الانسحاب من الكحول تمتد إلى مدة تصل إلى ثلاثة شهور بواسطة التحليل النفسي وتخطيط الدماغ ولكن الأعراض الخطيرة منها، تحدث خلال الأسبوع الأول لذلك فإنه في الغالب ليس هناك حاجة لاستمرار تناول العقاقير المهدئة لمعالجة هذه الأعراض الانسحابية لفترة أكثر من الأسبوع الأول وذلك تجنباً من احتمال حدوث خطر الاعتماد عليها.

معايير تشخيص الإدمان على الكحول

1- الاستمرار في تعاطي الكحول بطريقة لا تقرها بيئة الفرد الثقافية.

2- حدوث تغيير في الحالة الشخصية للفرد، إذ تضعف قدرته على التحكم في الشرب ويقترن ذلك برغبة قاهرة Craving لا فكاك منها باستمرار الشرب على نحو يعطي لخط الشرب الأولية على الأعمال الأخرى.

3- حدوث تغييرات في الحالة النفسية البيولوجية تتضمن علامات وعوارض الانقطاع عن الشرب وتدعى بالأعراض الانسحابية Withdrawal، وأن المدمن الكحولي يتعاطى الكحول للتخفيف من

حدة أعراض الانقطاع هذه، وقد ذكرنا الأعراض الانسحابية فيما سبق.

مضار الكحول

تسبب الكحول أمراضاً ومضاعفات متنوعة وخطيرة وتحدث هذه الأضرار نتيجة تناول الكحول بصورة مستمرة ومزمنة.

إن أطباء وعلماء المجتمع في العالم يؤكدون بأن الإدمان على المشروبات الكحولية مرض اجتماعي يؤثر على علاقات الفرد بالمجتمع، ويحتاج إلى حلول سريعة.

نستعرض بعض الأضرار الناجمة عن الكحول، بعضها ناتج عن التأثير المباشر للكحول على الأنسجة والبعض الآخر يكون نتيجة سوء التغذية التي يسببها الإدمان على الكحول علماً بأن المشروبات الكحولية تقلل من شهية المدمن للطعام.

تأثير الكحول على مختلف أجهزة الجسم

1- الجهاز العصبي المركزي والمحيطي:

التهاب الأعصاب المحيطية Peripheral Neuropathy (أي الأعصاب التي تغذي الأطراف العليا والسفلى) ومن أهم أعراضه الاضطرابات الحسية كالخدر والتنمل في الكفين والقدمين، والتشنج في عضلات الساقين وفي الحالات الشديدة قد يحصل ضعف في القوة العضلية والشلل.

كما أن للمشروبات الكحولية في الإدمان الكحولي تأثيراً مباشراً على المخ مؤدية إلى حالة مرضية، تتميز بعدم قدرة المصاب على التحريك المتزامن للعينين سواء أفقياً أو رأسياً وتدعى Ophthalmoplegia، ويصاب المخ بحالة تدعى طبياً Wernicken Encephalopathy وناتجة

بصورة رئيسية عن نقص فيتامين (B1) مؤدية إلى صعوبة في التركيز الذهني وشلل عضلات العينين وقد تنتهي بالذهول والغيبوبة.

2- الجهاز الهضمي وأهم الأعضاء:

أ- الكبد، حيث يؤدي الإدمان إلى تشمع الكبد Liver Cirrhosis.

ب- المعدة، من المعروف أن الكحول مهيجة للمعدة ويسبب التهاب المعدة ويتميز بغثيان وألم وعسر هضم Dyspepsia.

جـ- البنكرياس، حيث يسبب الإدمان التهاب البنكرياس ومن أهم أعراضه الألم في البطن وحمى وتقيؤ وانخفاض ضغط الدم.

د- جهاز الدوران، إن تعاطي الكحول له تأثير سام مباشر على عضلة القلب حيث يؤدي إلى عجز القلب ألاحتقاني Congestive Heart، ومن أهم أعراضه صعوبة التنفس وارتفاع في ضغط الدم، وزيادة في النبض، كما يؤدي الإدمان إلى ارتفاع ضغط الدم وفقر الدم، واختلالات في تجلط الدم والهزال وسوء الفهم.

3- السرطان:

هناك علاقة كبيرة بين الإدمان على الكحول والإصابة بسرطان الفم والحنجرة والمريء والكبد.

4- المضاعفات النفسية Psychiatric Complications:

مثل تدهور الشخصية والقيام بسلوك غير اجتماعي مع ظهور حالات من الأمراض النفسية، أو الذهانات الكحولية Alcohol Psychosis والتي هي ذهانات عضوية راجعة غالباً إلى كثرة تعاطي الكحول ويبدو أن نقص التغذية يلعب دوراً مهماً في أحداثها وفي بعض الحالات يكون التوقف عن تعاطي الكحول سبباً مهماً أيضاً.

ومن أهم المضاعفات العقلية للإدمان على الكحول ما يلي:

أ- الهنيان الارتعاشي Delirumtremens.

ب- الهذاءات الخيلائية Paranoid Delusions.

جـ- الهلاوس الكحولية Alcoholic Hallucinosis.

د- العتة أو الخرف الكحولي Alcoholic Dementia.

هـ- ذهان كورساكوف Korsakoff's Psychosis.

المضاعفات الاجتماعية والاقتصادية

المدمنون على الكحول يرتضون أن يشتروا لأنفسهم الأمراض، كمن يدمر نفسه وبماله الذي ينفقه على الكحول، أيضاً فرغم أن لها تكاليف اقتصادية فإن لها تأثيرات سلبية اجتماعياً ودينياً.

حيث أن الإدمان الكحولي المزمن يؤدي إلى تحلل الفرد وابتعاده عن المسئولية، وهذا يؤدي إلى صعوبة التوافق مع الحياة الاجتماعية وتعطيل عن العمل المفيد والنشاط المنتج، وأحياناً الطرد الوظيفي، وقد أثبتت الإحصائيات بأن (1-10٪) من المدمنين تركوا أعمالهم بسبب تعاطيهم الخمرة.

ولا شك أن هذا له تأثير سلبي على خطط التنمية والإنتاج والتطور الاقتصادي. إن الإدمان الكحولي يؤدي أيضاً إلى مشكلات مع أصدقائه وزملائه في العمل. إن شرب المسكر فيه دافع للاعتداء على نفس الآخرين، إن المدمن الكحولي المزمن لا ينتظم في عمله وليست له القدرة على إنجاز أعماله بكفاءة.

الإدمان والأسرة:

إن الإدمان الكحولي يؤدي إلى زعزعة نظام الأسرة واختلال في الاستقرار العائلي وعدم تمكنه من مجابهة مشاكل الحياة المعقدة. إن معاناة الزوجة والأطفال نفسياً واقتصادياً هي واضحة حيث أن المدمن الكحولي يقصّر في الإنفاق على أسرته، لأن الإدمان يحتاج إلى موارد مالية كثيرة، وأيضاً يؤثر على علاقته العاطفية والجنسية بزوجته وقد تنتهي نهاية مؤلمة كالطلاق.

وبعض مدمني المخدرات والكحول يتهيجون أثناء شربهم الخمور، ويستعملون أساليب اعتدائية ضد زوجاتهم كالضرب الجسدي المبرح مثلاً. واتضح أيضاً طبياً أن مدمني الخمور يكونون في الغالب مدمنين، وتكثر فيهم نزعة الإجرام كما يكثر فيهم الخلل العقلي، والعتة والجنون، والمدمن الكحولي يعيش حياة فارغة تراوده فكرتان في آن واحد، التشبث بالحياة وعدم الاكتراث بها.

الكحول والنساء:

ترتبط ظاهرة الإدمان الكحولي بالرجال أكثر منها بالنساء، فحوالي أكثر من نصف نساء المجتمع الأوروبي لا يشربن الكحول إطلاقاً، وأن حوالي 90٪ من النساء اللواتي يتناولن المشروبات الكحولية لا تشرب الواحدة في المعدل أكثر من كأسين في اليوم الواحد، وتشير الإحصائيات إلى أن عدد الذكور قد تضاعف منذ عام 1964 وأدخلوا المستشفيات العقلية في إنجلترا وويلز بسبب الإدمان الكحولي، أما النساء المدمنات فقد تضاعف عددهن بحيث أصبح أكثر ثلاث مرات في تلك السنة.

وتشير الدراسات والأبحاث إلى أن عدد النساء المدمنات على الكحول في ارتفاع. ففي الولايات المتحدة الأمريكية وصل عدد النساء المدمنات إلى خمسة ملايين امرأة أكثرهن متزوجات من رجال مدمنين.

أما في بريطانيا فقد بلغ عدد المدمنين إلى (400000) شخص وبدأ هذا العدد يرتفع وسط النساء والشباب، ونتيجة لذلك ازدادت نسبة الوفيات بسبب تشمع الكبد الكحولي، حيث بلغت هذه النسبة في بريطانيا في الفترة من 1970-1978، 27٪ بين الرجال و24٪ بين النساء.

وهذه الزيادة في تعاطي الكحول بين النساء بسبب تغير المواقف الاجتماعية في أوروبا، حيث أصبحن يشربن الخمور في البارات والحانات إلى جانب الرجل بعد أن كنّ يحتسين الخمرة وبصورة انفرادية وفي بيوتهن.

إن فترة تناول النساء للخمور بإفراط تبدأ في عمر متأخر عن الرجل، وهن أكثر عرضة لإصابات الكبد من الرجال، وهن أكثر عرضة لإظهار مشاكل الشرب كانفعال لبعض الحوادث الحياتية المهمة التي يتعرضن لها كالترمل والطلاق أو بسبب غموض دورهن في الحياة.

وتبرر بعض النساء إفراطهن في شرب الكحول بسبب ابتعاد أولادهن عنهن، أو بسبب الزواج وهذه الحالة تؤدي إلى العزلة الاجتماعية مما يؤدي إلى الإفراط في الشرب.

الخطوط العريضة لعلاج الإدمان الكحولي

إن أهداف العلاج الرئيسة والواضحة هي مساعدة المدمنين على الكحول في كيفية التعلم أن يعيشوا حياة سعيدة. وبما أن مساعدة المريض عن الامتناع الكلي عن شرب المسكرات ليس الهدف النهائي أو الغاية المتوخاة في المعالجة، إلاّ أن غالبية الخبراء في هذا الحقل لا يزالون يعتقدون أن الامتناع عن تناول المشروبات الكحولية هو أحد متطلبات الحياة الضرورية ليعيشوا سعداء.

وباختصار يمكننا القول أن هناك هدفين أساسين لمعالجة الإدمان الكحولي:

1- الامتناع الكلي عن تناول المشروبات الكحولية والسيطرة على الأعراض الانسحابية.

2- الخطوة الثانية وهي المهمة في العلاج هي محاولة تثبيت التحسن الذي يحصل لدى المدمن ومنع حدوث انتكاسات أخرى (منعه من العودة لشرب الكحول) بعد خروجه من المستشفى.

ويتوقف نجاح العلاج على ثلاثة متطلبات رئيسة هي:

1- شخصية المصاب ودرجة تماسكها.

2- الرغبة الصادقة لدى المصاب بالعلاج والخلاص.

3- قطع شرب المادة الكحولية طيلة العمر دون تردد أو التفكير بالإقلاع التدريجي، فالرغبة النابعة من شعور صارخ وصادق بالشفاء والتحرر من عبودية الكحول مع توفر الوعي والإدراك والبصيرة.

فالرغبة النابعة هي التي توجد أمل ورجاء ومستقبل من أجل بداية طيبة تبشر بالنجاح، وتتلخص الخطوات الأساسية في علاج الإدمان بما يلي:

1- إدخال المريض المستشفى مهما كانت درجة معارضته أو معارضة ذويه.

2- علاج مرحلة الانسحاب ومضاعفاتها أو ما يسمى بـ (التنشيف) Drying out.

3- مرحلة علاج السلوك الإدماني ككل، ويتم بالخطوات التالية:

أ- العلاج التنفيري الخاص Aversion Therapy.

ب- العلاج النفسي الفردي.

جـ- العلاج النفسي الجماعي.

د- العلاج الاجتماعي والتأهيل المهني البعيدين المدى.

وسنتحدث فيما يلي عن الإجراءات السلوكية المستخدمة في علاج الكحولية مُركّزين على طريقة العلاج بالتنفير.

العلاج السلوكي للكحولية Behavioral Treatment of Alcoholism

هناك عدد من الإجراءات السلوكية المستخدمة في علاج الكحولية، ومن أهم وأكثر هذه الأساليب استخداماً ما يلي:

1- التدريب التدعيمي Assertive Training:

وهنا نساعد الشخص الذي يتناول الكحول على أن يعبر عن مشاعره، وآراءه الشخصية والأمور الانفعالية والغضب والمطالب غير المناسبة من قبل الآخرين.

وكذلك نساعد الشخص هنا على التعامل مع مشاكله كل يوم بدون تناول الكحول ونساعده على أن يكون أكثر تحملاً للمسئولية للأعمال التي يقوم بها، وأن يكون أكثر تأكيداً لذاته.

2- التعزيز Reinforcement:

وفي هذا الأسلوب تأكيد على استعمال التعزيز الإيجابي لنحافظ على السلوك المتزن أو السلوك الذي لا يتجه فيه الفرد لتناول الكحول.

وقد تشمل المعززات على مَسكَن ووجبات طعام وملابس ودخّان ووظائف، وقد أثبت العديد من الدراسات فعالية هذا الأسلوب.

3- ضبط الذات Self-control:

يفترض في هذا الأسلوب هو أن الأشخاص الكحوليين يفقدون القدرة أو السيطرة في تناول الكحول عندما يتنوقون طعم الكحول. وبرنامج ضبط الذات يشتمل على شيئين أساسيين هما:

أ- ضبط المثير: وهنا تعمل على إعادة ترتيب البيئة بحيث نستبعد الدلالات التمييزية التي تستدعي الشرب عند الشخص الكحولي، ومن هنا نستبعد المثيرات التي تستدعي الشرب.

ب- البرنامج السلوكي: يطلب إعادة ترتيب أو تنظيم نتائج سلوك الشرب، وهذا مشابه تماماً للأساليب الإجرائية حيث يقدم التعزيز في حالة عدم قيام الفرد بالشرب، ويسحب التعزيز في حالة قيامه بالشرب.

4- التدريب على الاسترخاء وتقليل الحساسية التدريجي Relaxation Training and Systematic Desensitization:

وفي هذا الأسلوب نزود الفرد أو الشخص الكحولي باستجابة بديلة للحوادث المنتجة للقلق. وهنا يتم تدريب الكحولي على الاسترخاء العضلي التام، ويستخدم التعزيز والتشجيع مع المسترشد لقدرته على ضبط وإرخاء عضلاته، ويتم عمل مشاهد وعرضها على المسترشد ويطلب منه تخيلها، فقد تشتمل هذه المشاهد على الدلالات التمييزية والمواقف المثيرة للقلق والتي تستدعي الشرب.

5- العلاج بالتنفير Aversion Therapy:

ويستعمل هنا بعض العقاقير الطبية مثل: ابومورفين والأمتين، والصدمة الكهربائية، وسوف يتم تناول هذا الأسلوب بالتفصيل، علماً بأننا تناولناه فيما سبق، وهنا سنركز على استخدام على استخدام أسلوب العلاج بالتنفير في معالجة الكحولية.

يرجع العلاج بالتنفير إلى تكرار الرابطة ما بين المشهد (Sight) والرائحة (Smell) وطعم أو مذاق (Taste) الكحول والاستجابات الفسيولوجية غير المناسبة الذي يحدثه العقار، ومن أكثر العقاقير المستخدمة بشكل واسع:

1- <u>الابومورفين، أو الأميتين:</u>

حيث تعطى حقنة عضلية صباحاً، وهذه العقاقير تؤدي إلى حدوث أعراض جانبية مثل الغثيان، والقيء، والآلام، والمغص المعوي، وذلك بعد حوالي نصف ساعة تقريباً، وهنا نسرع بإعطاء الخمر للمريض، فيبدأ بالشعور بالأعراض المؤلمة السابقة، وبتكرار هذه العملية يتكون عند المريض فعل منعكس شرطي، يربط بين رائحة الخمر أو شربها بالقيء والمغص والألم، وهكذا يبتعد المريض عن الشرب.

إميتين + الكحول ← غثيان + تقيؤ
Emetine+ Alcohol → Nausea + Vomiting

وبتكرار هذه العملية لعدد من المرات، فإن الكحول سوف يؤدي وحده إلى الغثيان والتقيؤ.

الكحول ← غثيان + تقيؤ
Alcohol → Nausea + Vomiting

وهي النتيجة التي نسعى للوصول إليها من خلال هذا الأسلوب، وبسبب النتيجة المنفرة هذه، فإن الفرد سوف يترك الكحول للتخلص من هذا الوضع المنفر ليحصل على وضع أكثر سعادة ونشوة وأكثر راحة.

عدم تناول الكحول ← سعادة + نشوة + راحة

وتحتاج الجلسات وفق هذا الأسلوب في البداية: أول ثلاث جلسات إلى حوالي 45 دقيقة، ومتوسط عدد الجلسات العلاجية من أربع إلى ست جلسات، ويبقى كورس العلاج والعلاج حوالي عشرة أيام، وبعد الانتهاء من العلاج نجدد (Reconditioning) الجلسات العلاجية بواسطة جدول في نهاية ست شهور أو سنة أو أي وقت يعبر فيه المريض عن رغبة قوية في الشرب.

2- الانتابويز Antabuse:

ويمنع هذا العقار من أكسدة الكحول ومن ثم يتجمع مركب كيميائي في الدم (استالدهايد) مسبباً صراعاً شديداً، وسرعة نبض وشعوراً بالاختناق، والغثيان، والقيء وذلك كلما شرب المريض الخمرة، ومن هنا يبدأ الخوف من شربها، ويعطى هذا العقار في شكل حبوب (0٫5 -1) غرام يومياً، ولا يصح إعطاء ذلك للمسنين أو مرضى الكبد والقلب أو الشخصيات السيكوباتية الخطرة.

3- التمبوسيل:

ويشابه (الانتابيوز) ولكن الأعراض الجانبية أقل، ويعطى في أقراص من (50-100) ملغ يومياً، وتعطى هذه العقاقير أحياناً دون علم المريض في حال عدم تعاونه ومقاومته.

وباختصار يمكننا أن نلخص العلاج السلوكي المنفر لحالات الإدمان بالشكل التالي:

مثير ← حاجة ← دافع ← توتر ← استجابة لتخفيف التوتر ← شرب الخمرة ← الشعور بالنشوة واللذة ← ((تعزيز إيجابي))

منبه تكرار شرب الخمرة ← إلى الشعور بالنشوة واللذة ← ((استجابة))

إن عملية التكرار تؤدي إلى تثبيت وتكوين العادة بين المنبه والاستجابة.

وفي حالة العلاج:

شرب الخمرة + التمبوسيل (عقار) ← إلى الشعور بالألم، المغص، الغثيان ((تعزيز سلبي))

تكرار شرب الخمرة + التمبوسيل ← إلى الشعور بالألم والمغص والغثيان

وهذه استجابة جديدة وأقوى من الاستجابة السابقة

التكرار يؤدي إلى رابطة قوية ين الخمرة وبين الألم والمغص، والمريض لا يتخلص من هذا الألم والمغص إلاّ إذا ترك الخمرة ونفر منها.

هذا وقد أجرى (برسكور) عام 1941 دراسة على (1030) حالة مدمنة لمدة (20) شهراً، فوجد نسبة الشفاء (4ر30٪) والانتكاسات بلغت (2ر31٪)، ولم يستطع (برسكور) متابعة الباقي.

أما (كلارك) 1962م، فقد لاحظ أن من بين (120) مدمناً كانت نسبة الشفاء (28٪)، ونسبة (30٪) استمروا في تعاطي العقار، ووجد أن (66) مدمناً من أصل (120) ينتمون لمهنة الطب والتمريض والصيدلة، وأن نسبة (52٪) من الـ (120) مدمناً هم في حاجة إلى دخول متكرر للمستشفى، ويبدو أنه كلما زاد مكوث المريض للعلاج كلما زاد الأمل في الشفاء.

وقد قام كل من: Walterstein 1957 و Bent 1974 وغيرهم بدراسات حول متتالية هذا الأسلوب في علاج الكحولية، وكانت النتيجة أنه يمكن استخدام هذا الأسلوب بفعالية في علاج الكحولية.

6- التأهيل الاجتماعي والمهني:

وهو من أخطر العمليات المكملة لعلاج الإدمان، فعندما يخرج المدمن (المعافى) من المعهد أو المستشفى أو الدار ليعود إلى عمله، فإنه يتعرض باستمرار إلى إغراء الخمر. وبما أن إرادة المدمن ضعيفة أو في طور النقاهة، فإن العودة إلى الإدمان أيسر ما يكون. والعود اليسير هو أصعب المشاكل العلاجية التي تتحدى الطبيب النفسي. لذلك وجب شحن المريض الثقة وشحذ همته وإرادته للاستمرار في هذه الخطوة القويمة (أي الابتعاد عن المغريات) ولتحقيق ذلك علينا أن نضمن انشغاله وولعه بميادين وأنشطة أخرى، ويمكن إتباع الخطوات التالية، وهي السائدة في العالم الغربي والتي يجب أن يقوم لها مثيل في بلادنا أيضاً:

1- تبديل وظيفة أو مهنة المدمن المعافى إذا كانت تتعلق وتتعرض لمغريات الخمر وغيرها كأعمال البارات والملاهي والعلاقات العامة.

2- حثه على الاستمرار على استعمال (الانتابيوس) أو (الايستيم) لأطول مدة ممكنة كي تستمر ردود الفعل عنده ضد الخمر.

3- إلحاقه بعضوية جمعيات خاصة لمكافحة الإدمان. ومن أشهرها (جمعية المدمنين على الخمر السرية) Alcoholic Anonymous "AA"، وهي جمعية خيرية يتألف أعضاؤها من المدمنين التائبين. وتدير الهيئة الإدارية النوادي الخاصة بالجمعية والمنتشرة في كل مكان من العالم الغربي مع الاحتفاظ بسرية العضو واسمه. ومن محاسنها (الجمعية) السرية التي تحفظ (للمريض) كرامته في مجتمعه وتتبع الأعضاء أينما حلوا، والقيام بالنشاط الاجتماعي المستمر الذي يقتل فراغ المنتسبين، وهناك جمعيات خيرية أخرى كجيش الخلاص Salvation Army "SA"، وجمعية الشابات المسيحيات (YMCA).

دراسة حالة

هذا الشاب البالغ من العمر تسعة عشر عاماً، ويدعى (فادي ج.)، كان يتمتع بطفولة مدللة جداً، فهو الثاني بين إخوته الذكور، والأوسط بين أفراد العائلة، وكانت أوضاعهم المالية جيدة حيث كان والده يعمل بالتجارة، وكان يعده بأشياء كثيرة، حيث كان يعده بشراء سيارة له، أو أن سيرسله إلى الخارج كي يكمل دراسته، وكان هذا الشاب يؤمل كثيراً على هذه الوعود، وجعله ذلك يعيش حلماً وردياً، ولكن هذا الحلم لم يطل، ولم يتحقق بسبب خسارة والده في التجارة، مما أصاب الفتى (فادي) بالإحباط، لأن والده لم يعد قادراً على تحقيق ما وعده به.

عند ذلك ترك (فادي) الدراسة وانضم لمجموعة من الشباب الطائشين في منطقته، حيث كانوا يشربون الكحول، وشرب معهم (البيرة) ثم بعد ذلك تعاطى (الكونياك والجن)، وأصبح بعد ذلك: عدوانياً واتكالياً، وكثير الاعتماد على غيره، ويتهرب من المسئولية، دائم الخروج من البيت، غير واثق من نفسه، دائم القلق والتوتر، مثير للمشاكل، حاد الطباع، عصبي المزاج.

وقد حاول والده إصلاحه وإعادته للصواب، ففتح له بقالة، ولكنه استمر في علاقته برفاقه، وازداد عدوانية وعصبية، وبدأ في تعاطي المخدرات كالحبوب (فاليوم، أرتين) وأصبح معدل تناوله 110 ملغم فاليوم وأصبح يبحث عن الكسب السريع لشراء وبيع الحبوب المخدرة.

ثم دخل مرحلة كآبة وحاول الانتحار، بتناول كمية كبيرة من الحبوب حيث فقد كل أمل في الحياة. مما جعل والده يعرضه على طبيب نفسي في عيادته الخاصة (عيادة الدكتور محمد ع.) والآن تتم معالجته منذ ثلاثة أسابيع عند الطبيب، حيث وصفه الطبيب حين حضوره بأنه عدواني، ورفض القدوم للطبيب، مما حدا بأهله بأن يجلبوا الطبيب إلى البيت، وكان في حالة الوعي واللاوعي وكثير التدخين وباستمرار، وقد سبب حروقاً في سريره وعلى السجاد وفي أثاث الغرفة، ويسير بصعوبة وبلا توازن، يائس

من الحياة وعلاقته بأهله غير ودية فهو عصبي المزاج، وكان فاقد الأمل وغير واثق بأنه يوجد أحد قادر على مساعدته.

ولكنه بعد فترة من العلاج أصبح يعي حاجته للعلاج، وظهرت عنده أعراض انسحابية أثناء العلاج، هي ارتعاشات في الأطراف وخاصة عند الصباح وتدعى Morning Shakes والغثيان والتقيؤ والتعرّق الشديد، وقد منعه الطبيب من الخروج من البيت.

وأخذت حالته تتحسن مع العلاج، فقد بدأ يعي حاجته للعلاج، ويتبع التعليمات جيداً، وقد أبدى تفاعلاً جيداً مع أسرته، وبدأ يشاركهم في بعض النشاطات، ويحاول دائماً عدم الانفراد بنفسه.

أما عن العلاج الذي يتبعه معه الطبيب فهو العلاج بالتنويم لأنه كان يتعاطى كمية كبيرة من الكحول إضافة للفاليوم. وقد تمت السيطرة عليه بجرعات لارجاكتيل – فاليوم. ومُنع من الخروج من البيت، وأخذ دواء مضاد للكآبة. وأبدى بعد أسبوعين تحسناً ملحوظاً كما ذكرنا.

وهو يتعرض لجلسات علاج نفسي جماعي، وزالت عنه الأعراض الانسحابية وأعراض الكآبة، وبدأ ينظر للمستقبل بأمل، ويخطط الآن لإعادة تقديم مرحلة الدراسة الثانوية (التوجيهي) بعد إتمام العلاج، حيث يتوقع الطبيب أنه سيشفى تماماً بعد أربعة أشهر، وسيحتاج بعدها من أربعة إلى ستة أشهر.

وقد ذكر (فادي) أنه بعد اجتياز مرحلة الثانوية العامة سيلتحق بكلية مهنية متوسطة. وهو ما زال تحت المراقبة، ويراجع الطبيب في عيادته في المواعيد المحددة له من قبل طبيبه.

قائمة المراجع

أ- المراجع العربية

1- باترسون، نظريات الإرشاد النفسي، ترجمة عبدالعزيز المفتي، 1981.

2-1برامج في تعديل السلوك، قسم الإرشاد التربوي والصحة النفسية، منشورات وزارة التربية والتعليم، عمان، الأردن، 1988.

3- جابر عبدالحميد، نظريات الشخصية –البناء، الديناميات، النمو، طرق البحث، والتقويم، دار النهضة العربية، القاهرة، 1986.

4- جمال الخطيب، تعديل السلوك الإنساني –دليل العاملين في المجالات التربوية والنفسية والاجتماعية، ط3، مكتبة الفلاح، الكويت، 1995.

5- جمال الخطيب، تعديل السلوك –القوانين والإجراءات-، ط1، جمعية عمال المطابع التعاونية، عمان، الأردن، 1987.

6- جهاد الخطيب، الشخصية بين التدعيم وعدمه –برامج في تعديل السلوك، منشورات وزارة التربية والتعليم، عمان، 1988.

7- جواهر الأشهب، برنامج إرشاد جمعي للتدريب على تأكيد الذات، رسالة ماجستير "غير منشورة"، الجامعة الأردنية، عمان، 1988.

8- حامد زهرات، التوجيه والإرشاد النفسي، عالم الكتب، 1985.

9- د. دييونت وروبرت ل.، ترجمة د. وليد الترك ود. رياض عوض، مكافحة العقاقير المؤدية للإدمان (دليل العائلة)، مركز الكتب الأردني، 1989.

10- رمزي هارون، فعالية ثلاث برامج للضبط الذاتي في خفض الاكتئاب لدى عينة من طلبة الجامعة، 1992.

11- روبرت دي بي، في النظرية السلوكية –ما الذي يقوله سكينر حقاً؟-، ترجمة جمال الخطيب، مكتبة الصفحات الذهبية، الرياض، 1991.

12- سليمان الريحاني، برامج في تعديل السلوك -خطوات إجرائية لمعالجة مشكلات سلوكية في المدرسة، 1988.

13- شيفر شارلز وهوارد ميلمان، مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها، ط1، ترجمة د. نسيمة داوود ود. نزيه حمدي، الجامعة الأردنية، عمان، 1989.

14- صالح محمد علي أبو جابر، علم النفس التربوي، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن، 2000.

15- صبري حماد، معالجة التدخين كعادة سلوكية باستخدام عدد من أساليب العلاج السلوكي، رسالة ماجستير "غير منشورة" الجامعة الأردنية، 1981.

16- عبدالرحمن سعد، السلوك الإنساني تحليل وقياس المتغيرات، مكتبة الفلاح، 1983.

17- عبدالستار إبراهيم، العلاج السلوكي للطفل، سلسلة عالم المعرفة، العدد 180، 1993.

18- عبدالعظيم سمور سلهب وآخرون، علم السموم الحديث، ط1، دار المستقبل للنشر والتوزيع، عمان، 1990.

19- فيصل محمد خير الزراد، علاج الأمراض النفسية والاضطرابات السلوكية، ط1، مراجعة: د. جمال الأتاسي ود. عزت الروماني، دار العلم للملايين، بيروت، 1984.

20- ل. س. واطسون، تعديل سلوك الأطفال، ترجمة محمد فرغلي وآخرون، دار الكتاب الحديث، الكويت، 1988.

21- لندال دافيدوف، مدخل علم النفس، ترجمة سيد الطواب ومحمود عمر، ط2، دار المريخ، الرياض، 1983.

22- لندزي ر. ج. هول، نظريات الشخصية، ترجمة أحمد فرج وآخرون، 1971.

23- محمد الحجار، أبحاث في أهم موضوعات علم النفس الطبي والعلاج النفسي السلوكي، ط1، دار العلم للملايين، بيروت، 1989.

24- محمد عادل عبدالله، العلاج المعرفي والسلوكي –أسس وتطبيقات-، دار الرشاد، القاهرة، 1999.

25- محمد عبدالرحمن محمود يوسف، فاعلية برنامج تعزيز رمزي في خفض بعض السلوكات غير التكيفية لدى المتخلفين عقلياً، رسالة ماجستير "غير منشورة"، الجامعة الأردنية، عمان، 1993.

26- مصطفى خليل الشرقاوي، علم الصحة النفسية، دار النهضة، بيروت، 1983.

27- مفيد حواشين، أثر استخدام أسلوب التعزيز الرمزي والعزل، رسالة ماجستير "غير منشورة"، الجامعة الأ{دنية، عمان، الأ{دن، 1985.

28- نعيم الرفاعي، الصحة النفسية، دراسة سيكولوجية التكيف، 1981.

29- يعقوب فريد يعقوب الفرح، أنماط التنشئة الأسرية وسمات الشخصية التي تميز بين المدمنين وغير المدمنين على الكحول، رسالة ماجستير "غير منشورة"، الجامعة الأردنية، عمان، 1991.

30- يوسف قطامي، سيكولوجية التعلم والتعليم الصفي، ط1، دار الشروق، عمان، الأردن، 1989.

ب- المراجع الأجنبية:

1- Ayylon, T. and Azrin N. H., The Token Economy; Motivational System for Therapy and Rehabilitation, New York, 1968.

2- Bandura A., Principles of Behavior Modification, Holt Reinhart and Winston, 1979.

3- Benjamin B. Larey and Antony R. Ciminero, Maladative Behavior: An Introduction to Abnormal Psychology, Scott, Foresman and Company, 1980.

4- Corey G., Theory and Practice of Counseling and Psycho Therapy, Brooks, Cole Company, California.

5- Cormier, H. Williams and Cormier L. Sherilyn, Interviewing Strategies for Helper, Fundamental Skills and Cognitive Behavioral Intervention, New York, 1985.

6- Dsipow, Samuel and Waish, Brunce, Behavior Change in Counseling Readings and Case, Meredith Corporation, 1970.

7- Edwards, Griffith, The Treatment of Drinking Problems, A Guide for the Helping Professions, Grant Mcintyre Medical and Scientific, London, 1982.

8- Eparchin. Betty C and James L. Paul, Emotional Problems of Childhood & Adolescence, Merrill Publishing Co. ABell & Howell Information Company, Columbus, London, 1987.

9- Estes, R. N., M. S. Nada J. and Heinemann, R. N. M. Edith, Alcoholism Development, Consequences and Interventions, The C. V. Mosby Company, London, 1982.

10- Eysenck H. J., Experiments in Behavior Therapy, Pergamon Press, 1964.

11- Flowers, Simulation and Role Playing in Methods in Kands, F. Hand Goldstein A. P. Helping People Change, Per GAMOW Press Inc., 1975.

12- Frances M. D. Richard J. and Franklin Jr., MD. John E., A Concise Guide to Treatment of Alcoholism and Addiction, American Psychiatric Press Inc., Washington, U. S. A., 1989.

13- Gale Antony and Chapman Antony J., Psychology and Social Problems, An Introduction to Applied Psychology.

14- Gallassi J. P., Gallassi, M. D. and Litzm C. M., Assertive Training in Groups Using Video Feedback, Journal of Counseling Psychology, vol.)21), No. (5), 1974.

15- Gambrill, Eileen, Behavior Modification, Jussey Publishers, 1977.

16- Gambrill Eileen D., Behavior Modification Handbook of Assessment Intervention and Evaluation, Jossey Bass, Inc. Publishers, San Francisco, Washington, London, 1977.

17- Goldstein and Kanfer, Maximizing Treatment Gains, Academic Press, 1979.

18- Harris, M. B., A Self Directed Program for Weight Control: A Pilot Study, J. Abnormal Psychology, 1969.

19- Hersen Michel and Bellack Alans, Handbook of Clinical Behavior Therapy with Adults, Plenum Press, New York and London, 1985.

20- Jakubowski, P., Responsible Assertive Behavior: Cognitive Behavioral Procedures for Trainers, Research Press, Illinois, 1973.

21- Jellinek E. M., The Disease Concept of Alcoholism, New College and University Press, New Brunswick, N.J., Hilhouse, Press.

22- Joseph Wolpe, Behavioral Therapy in Psychiatric, Prictica Pergamon Press, New York, 1976.

23- Joseph Wolpe, The Practice of Behavior Therapy, Pergamon Press, 3rd edition, 1982.

24- Kanfer and Goldstein, Helping People Change, New York, Pergamon Press, 1975.

25- Kanfer and Marston A. R., Conditioning of Self Reinforcing Response, An Analogue to Self-Confidence Training, Psychological Reports, 1963.

26- Kanfer, F. H., Self-Regulation: Research, Issues and Speculations in Neuringer and J. L. Michael (Eds), Behavior Modification in Clinical Psychology, New Yor;, Appleton-Century-Crofts, 1970.

27- Kelley Colleen, Assertion Training A Facilitators Guide, University Associates Inc. San Diego, 1978.

28- Kelly C., Assertion Training: A Facilitators Guide International, Author, California, 1979.

29- Kisker George W., The Disorganized Personality, McGraw-Hill, 1964.

30- Koshy, Koshy Tharayit, Revision Notes on Psychiatry, Hodder and Stoughton, 3rd edition, London, 1985.

31- Madden J. S., A Guide to Alcoholic and Drug Dependency, 2nd edition, 1984.

32- Mann, Mary, Answers Your Questions About Drinking and Alcoholism, Estate of Marty Mann, Holt, Rinehart and Winston, New York, 1981.

33- Mark B. Sobell and Linda C. Sobell, Behavior Treatment of Alcoholism Problems, Plenum Press, 1978.

34- Martin G. Pear J., Behavioral Modification: What is and How to Do it, 2nd edition, Englewood Cliffs, N. J., 1983.

35- Mayton, Daniel and Atkinson Donald, Systematic Desensitization in Group Counseling Settings; Another View, Journal College Student Personal, 1974.

36- Michelson Larry and Hersen Michel and Samuel M. Turner, Future Perspectives in Behavior Therapy, Plenum Press, New York, 1981.

37- Miller William R., The Additive Behaviors Treatment of Alcoholism, Drug Abuse, Smoking and Obesity, Pergamon Press, New York, 1st edition, 1980.

38- Miller, E. and Heather, N., Treating Addictive Behaviors. P Lenum Press, 1986.

39- Patterson, Theories of Counseling and Psycho Therapy. Pragmon Press Inc., 1986.

40- Rathurs, Spencer, BT Behavioral Therapy First Signet Printing, New York, 1978.

41- Rathus, S. A., An Experimental Investigation of Asserive Training in a Group Setting, Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, vol. (3), 1972.

42- Requeleme Mirralles, Maria R., Hernandez, Maria C. and Martinez Selva, Token Economy Application in Preschool Children, Span Analysis Modification de Conducta, vol. 11 (30), 1985.

43- Rimm D. and Masters J., Behavior Therapy, Academic Press Inc., 1979.

44- Rimm D. Masters J., Behavior Therapy and Health Care, Pergamon Press Inc., 1979.

45- Rimm, D. C. A. Masters, J. C., Behavior the Apy Techniques and Empirical Findings, New York, 1979.

46- Shannon W. J., Teaching Children Healthy Responses to Anger with Assertiveness Training, Brow University Child & Adolescent Behavior Ketter, Jul. Vol. (15), Issue (7), 1999.

47- Skinner, B. F., Scince and Human Behavior, New York, Macmillan, 1953.

48- Sundel M. and Sundel S., Behavior Modification in the Human Services, John Willey and Sons Inc., 1975.

49- Thomas, Edwin, Behavior Modification Procedure; A Source Book, Aldin Publishing Company, 1974.

50- Wise, K. L., Bundy, K. A., Social Skills Training for Young Adolescent, Adolescence, Spring Vol. (26), Issue (101), 1991.

51- Wolman Benjamin B. Ph.D, Editor, The Therapist's Handbook, Treatment Methods of Mental Disorders, Van Nostrand Reinhold Company, New York, 1983.

52- Wright Burton and John P. Weiss, Social Problems, Little, Brown and Company, 1980.

فهرس المحتويات

الموضوع	الصفحة

الموضوع	الصفحة

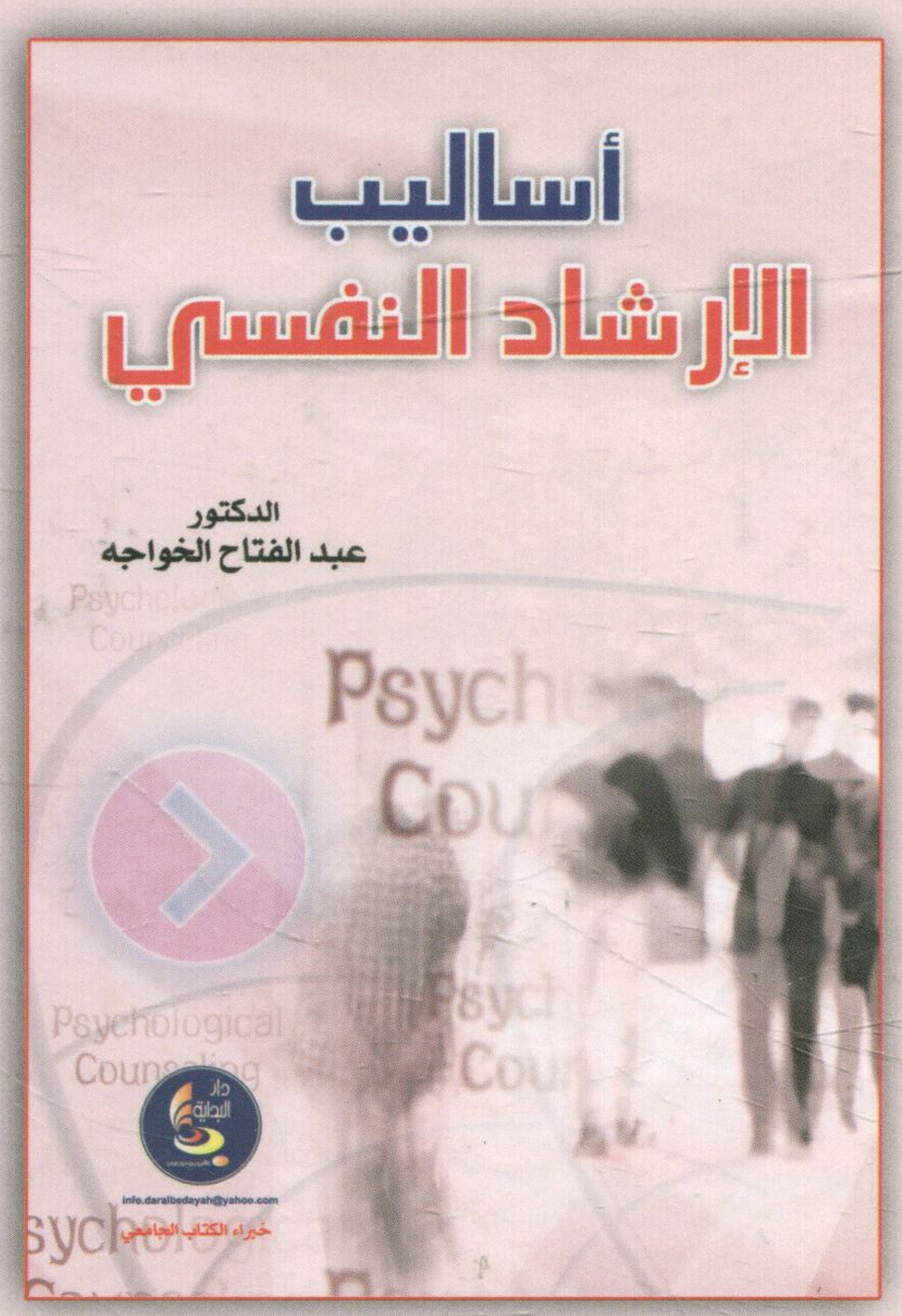
الموضوع	الصفحة

الموضـــــــوع	الصفحة

الموضوع	الصفحة

الصفحة	الموضـــــــــوع











دار البداية ناشرون وموزعون
عمان - وسط البلد
هاتف: 4640679 6 962+ تلفاكس: 4640597 6 962+
ص.ب 510336 عمان 11151 الأردن
Info.daralbedayah@yahoo.com
خبراء الكتاب الأكاديمي